Monsieur le Professeur Kirmisson

EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr ARMAND **SIREDEY**

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX

PARIS
IMPRIMERIE DE LA COUR D'APPEL
L. MARETHEUX, Directeur
1, RUE CASSETTE, 1
1918



TITRES UNIVERSITAIRES

Docteur en médecine (7 avril 1883).

Chef de clinique adjoint de la Faculté de Médecine (1883-1885).

Chef de clinique titulaire (1885-1887).

Lauréat de la Faculté de Médecine, médaille de bronze (prix des thèses, 1883).

Chargé de cours de clinique annexe, à titre auxiliaire, de novembre 1896 à novembre 1903.

Chargé de cours de clinique annexe, depuis novembre 1903 jusqu'à l'époque actuelle.

SERVICES HOSPITALIERS

Externe des hôpitaux (Décembre 1875).

Interne des hôpitaux (Décembre 1878).

Lauréat du concours des prix de l'Internat : médaille d'argent (1882).

Sous-chef du Laboratoire d'histologie de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, de Décembre 1880 à Décembre 1881.

Chef du Laboratoire d'histologie de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux (Décembre 1881 à Juin 1890).

Médecin des hôpitaux (1er Mai 1890).

Médecin chef de service à l'hôpital de la Porte d'Aubervilliers [contagieux] (26 Décembre 1893).

Médecin chef de service à l'hôpital Saint-Antoine depuis le 26 Décembre 1894.

TITRES ET FONCTIONS

Membre correspondant de la Société anatomique.

Membre de la Société de Médecine publique et de Génie sanitaire.

Membre de la Société médicale des Hôpitaux.

Ancien président de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie.

Membre de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris.

Membre de la Ligue française d'Hygiène scolaire.

Vice-président de la Société de Prophylaxie sanitaire et morale.

Président de la Société protectrice de l'Enfance.

Membre du Conseil supérieur de Protection des Enfants du premier âge.

Membre de la Commission supérieure de l'enseignement médical

Membre de la Commission supérieure consultative du Service de Santé.

Secrétaire général de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, depuis le 1er janvier 1905.

Médaille de vermeil des Épidémies (choléra 1892).

Chevalier de la Légion d'honneur (1er janvier 1911).

ENSEIGNEMENT

Pendant neuf ans j'ai fait à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux un enseignement élémentaire d'histologie normale et pathologique : les leçons théoriques qui avaient lieu deux fois par semaine étaient suivies de démonstrations pratiques pour initier les élèves au maniement du microscope et à la technique histologique.

Chef de clinique à la Charité, j'étais chargé, par mon maître Hardy, de faire chaque semaine, aux élèves, des conférences de séméiologie.

Du jour où j'ai été chargé d'un service d'hôpital, j'ai fait à de nombreux élèves un enseignement clinique quotidien sous la forme de petites conférences, au lit des malades, des présentations de pièces ou de démonstrations anatomo-pathologiques faites dans mon laboratoire.

Ayant fondé en 1898 à l'hôpital Saint-Antoine une consultation de gynécologie qui, chaque semaine, nous permet d'examiner une centaine de malades, je fais depuis cette époque un enseignement très actif de gynécologie médicale aux médecins et aux nombreux élèves qui suivent ces consultations.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Les multiples occupations et préoccupations de l'heure présente, les restrictions qu'exigent les circonstances actuelles, ne me permettent pas de donner à cet exposé les développements qui étaient de tradition en temps de paix. Je me contenterai de présenter ici un compte rendu sommaire de mes modestes travaux.

Dans les débuts de ma carrière médicale, je me suis occupé surtout d'anatomie pathologique. Chef du Laboratoire d'histologie de l'amphithéâtre des hôpitaux et chef de clinique de la Faculté de Médecine, je m'adonnais aux travaux de laboratoire. Médecin des hôpitaux, et bientôt chargé d'un service important à l'hôpital Saint-Antoine, j'ai dû donner plus de temps à la médecine générale et à l'enseignement des élèves. Puis les circonstances m'ont amené à l'étude de la gynécologie; c'est à cette branche de la médecine que j'ai consacré la plus grande partie de mon activité. Le *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*, publié en collaboration avec mon ami J.-L. Faure, résume toutes les recherches anatomo-pathologiques et cliniques que j'ai poursuivies sur ce sujet depuis plus de vingt ans.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1. **Recherches sur les altérations du foie dans les maladies infectieuses.** (*Bull. Soc. anatomique*, 1881.)

Étude d'un foie de varioleux avec dégénérescence granulo-graisseuse des cellules hépatiques et dans lequel les capillaires sanguins présentaient une tuméfaction insolite des cellules endothéliales avec dégénérescence vitreuse.

2. **Cirrhose très accentuée du foie accompagnée de formations adénomateuses, chez une syphilitique.** (*Bull. Soc. anatomique*, 1881.)

3. **Cancer du rein avec détermination encéphalique secondaire.** (*Bull. Soc. anatomique*, 1882.)

Il s'agissait d'une vieille femme entrée dans le service de M. le professeur Brouardel à la Pitié, pour une attaque d'hémiplégie, d'apparence banale. Elle présentait une tumeur du rein droit avec rares hématuries qui avait fait songer à un cancer. L'autopsie fit constater le cancer diagnostiqué; il existait au niveau de la capsule interne du côté droit, au lieu du foyer d'hémorragie ou de ramollissement que l'on s'attendait à trouver, une tumeur un peu plus grosse qu'une noix qui coupait en quelque sorte la capsule interne. Elle était constituée par un carcinome, de même nature que la tumeur rénale.

4. **Recherches sur l'anatomie pathologique de la fièvre typhoïde, lésions des organes lymphoïdes.** (*Thèse de Doctorat*, 1883.)

Cette étude assez complète, pour l'époque, a porté principalement sur les ganglions mésentériques et sur les plaques de Peyer. Dès la période de tuméfaction des ganglions et des plaques de Peyer, on constate une infiltration leucocytaire extrêmement abondante dans les mailles du tissu réticulé, et on y distingue des cellules de diverses formes : des lymphocytes à noyau unique avec une mince couche de protoplasma, de grosses cellules à noyaux multiples « ressemblant à des myéloplaxes », et des cellules mononucléaires également augmentées de volume; les vaisseaux très congestionnés sont distendus, leurs parois sont infiltrées de leucocytes.

Au cours du second septénaire, la congestion des vaisseaux diminue, mais on observe des altérations de leurs tuniques : desquamation et aspect irrégulier de l'endartère, épaississement des parois, formes de cellules embryonnaires. Les cellules qui remplissent les mailles du tissu réticulé ont un volume très inégal, et des aspects de plus en plus variés. Les cellules polygonales, d'apparence épithélioïde, à noyaux multiples, abondent; elles présentent parfois des dimensions triples ou quadruples de celles d'un leucocyte. Elles subissent, en grand nombre, la dégénérescence granulo-graisseuse ou vitreuse et se désagrègent en une poussière amorphe.

Malgré leur diversité d'aspect, toutes ces cellules paraissent bien provenir des lymphocytes et on ne saurait les rattacher à l'endothélium des vaisseaux ou des espaces lymphatiques. Ces modifications atteignent leur maximum au cours du troisième septénaire; elles coïncident avec la phase d'ulcération.

A mesure que commence le processus de réparation, ces cellules déformées, dégénérées s'éliminent et disparaissent peu à peu, remplacées par des lymphocytes jeunes prenant franchement

la coloration. Les parois vasculaires restent quelque temps épaissies, et plus tard on y rencontre parfois des traces de sclérose.

Les lésions intestinales ont une évolution analogue : au niveau des follicules clos, des plaques de Peyer, elles ressemblent à celles des ganglions, mais l'infiltration lymphocytaire est plus diffuse; elle se prolonge au delà de l'appareil lymphoïde envahissant le tissu sous-muqueux, les espaces interglandulaires et pénétrant quelquefois même dans les glandes, de même qu'elle gagne à travers les tuniques musculaires, la couche sous-péritonéale.

Les capillaires sanguins présentent souvent des altérations endothéliales qui aboutissent à de petites thromboses avec ou sans minuscules foyers hémorragiques dans leur voisinage. Cette gêne de la circulation doit favoriser le travail de destruction moléculaire qui aboutit à l'ulcération.

Dans les autres organes pourvus de tissu réticulé, même rudimentaire, comme l'estomac, le pharynx, le larynx, etc., les lésions semblent présenter une évolution similaire.

En somme, dans la première période de la fièvre typhoïde, on observe des phénomènes de congestion avec afflux considérable de lymphocytes de formes variées; dans la seconde période, on assiste à la destruction de la plus grande partie de ces éléments et à l'apparition de lésions vasculaires caractérisées par des processus d'endartérite, de périartérite, qui s'étendent parfois bien au delà des limites du tissu lymphoïde. Cette esquisse fait entrevoir les multiples complications viscérales et vasculaires de la fièvre typhoïde.

Il est à remarquer que ces recherches, vieilles de trente-cinq ans, n'ont pas été infirmées par les magnifiques découvertes de Metchnikoff, non plus que par les notions nouvelles d'hématologie que nous possédons aujourd'hui. Ces grosses cellules mononucléaires ou polynucléaires que j'ai décrites, ne sont-elles pas proches parentes des macrophages dont Metchnikoff nous a fait connaître le rôle si important dans la défense de l'organisme?

5. **Note sur la transformation sarcomateuse du mycosis fongoïde.**

Le tissu morbide part de l'épiderme et s'étend dans toute l'épaisseur du derme, sans présenter de limites nettes et précises. On distingue une zone superficielle embryonnaire, formée de cellules rondes, de cellules allongées et même de cellules étoilées, l'autre profonde, remarquable par l'existence d'un réticulum dont les fibrilles sont d'autant plus épaisses et les mailles plus larges que l'on considère des régions plus rapprochées de l'hypoderme. La disposition réticulée, dans la zone profonde, est tellement apparente qu'elle se reconnaît même sur les coupes qui n'ont pas été traitées au pinceau. L'épaisseur du réticulum augmente encore dans l'hypoderme. Les parois des vaisseaux en certains points sont infiltrées de cellules embryonnaires; sur quelques vaisseaux on constate même que leurs parois sont transformées en tissu adénoïde.

La tumeur présente les éléments du sarcome et ceux du tissu lymphoïde. On y rencontre à la fois du sarcome embryonnaire, du sarcome fasciculé, du myxosarcome. Elle paraît, dans son ensemble, se rattacher au lympho-sarcome.

(Note publiée dans un mémoire de E. Vidal et L. Brocq, *France médicale*, 1885.)

6. **Note sur un cas d'artérite scarlatineuse.** (Résumé.)

A l'œil nu, l'aorte est notablement épaissie; sa surface interne, rouge, injectée sur quelques points, est pâle, jaunâtre sur d'autres. On constate un grand nombre de plaques saillantes dont on ne saurait mieux comparer l'aspect qu'aux plaques de Peyer du début de la fièvre typhoïde; elles sont dures, résistantes sous le doigt, de coloration jaunâtre et entourées d'une zone de congestion. Des altérations analogues se voient sur le tronc brachio-céphalique, sur la carotide et la sous-clavière gauches. L'épaississement porte

sur toutes les tuniques du vaisseau, mais elles ont leur localisation principale à la partie profonde de la tunique interne et dans la tunique moyenne.

La tunique moyenne présente des lacunes que remplissent de larges cellules très réfringentes, manifestement graisseuses. La tunique externe est infiltrée de nombreux éléments embryonnaires; ses vasa-vasorum sont très dilatés et leurs tuniques sont épaisses.

(Note publiée dans la thèse de Bornèque : *De l'aortite aiguë*, Paris, 1883.)

7. **Contribution à l'étude de l'artérite typhoïdique, de ses conséquences hâtives (mort subite) et tardives (myocardite scléreuse) sur le cœur : cardiopathies typhoïdiques. (En collaboration avec mon très regretté maître Landouzy.)**

Le point de départ de cette étude fut l'observation d'un malade de vingt-trois ans, entré à l'hôpital de la Charité dans le service du professeur Hardy, pour une récidive de fièvre typhoïde deux ans après une première atteinte de cette maladie.

Il s'agissait d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne ne présentant pas d'autre complication que des intermittences du pouls qui avaient fait réserver le pronostic, surtout lorsqu'on les vit persister en dépit des toniques du cœur et de l'abaissement de la température. Ce malade mourut subitement au 16e jour environ de la maladie.

En dehors des lésions habituelles de la fièvre typhoïde qui ne présentaient rien de particulier, on constata des altérations très accentuées du myocarde. A l'œil nu, on distinguait déjà, à la section des piliers, des tractus blanchâtres étendus peu en rapport avec l'âge du sujet. Le microscope y révéla des lésions nettes de myocardite scléreuse ancienne avec artérite oblitérante et lésions dégénératives récentes du muscle cardiaque. Ces altérations disséminées en divers

points du cœur étaient plus accentuées au niveau des piliers; elles étaient localisées surtout au niveau des petites artérioles du muscle, dont les tuniques étaient infiltrées de cellules embryonnaires; la lanière du vaisseau était rétrécie; quelques artérioles étaient même complètement oblitérées. La striation du muscle cardiaque était moins prononcée qu'à l'état normal, et les cellules moins unies.

Ces constatations permettaient de rattacher la mort subite aux lésions du myocarde. La sclérose, datant vraisemblablement de la première atteinte de fièvre typhoïde, avait créé un *locus minoris resistantiæ* qui au cours de la seconde atteinte fut le siège de nouvelles déterminations infectieuses qui aggravèrent les lésions.

Ce fait explique les troubles cardiaques que l'on observe avec une certaine fréquence à la suite de la fièvre typhoïde et qui sont l'origine de cardiopathies plus ou moins graves et dont l'évolution est favorisée ultérieurement par de nouveaux processus infectieux.

(*Revue de Médecine*, 1885.)

8. **Étude des localisations angio-cardiaques typhoïdiques ; leurs conséquences immédiates prochaines et éloignées. Étude clinique et anatomo-pathologique.** (En collaboration avec mon maître Landouzy.)

De nouvelles recherches cliniques et anatomo-pathologiques minutieusement poursuivies pendant deux ans nous ont amenés, mon excellent maître le professeur Landouzy et moi, à revenir sur les artérites typhoïdiques et à en faire une étude d'ensemble, basée sur quinze observations nouvelles, qui ont confirmé notre interprétation des faits exposés par nous précédemment.

Chez la plupart des malades qui ont succombé à la fièvre typhoïde, même lorsqu'ils n'ont présenté durant la vie aucun

signe net de complication cardiaque, il est assez commun de rencontrer l'aspect « feuille morte » du cœur, l'existence de petites hémorragies à sa surface, véritables ecchymoses sous-péricardiques, de plaques jaunâtres et violacées alternant de façon irrégulière, comme on en constate sur le foie et les reins.

Les lésions valvulaires sont rares, mais les lésions d'endartérite sont fréquentes; on les rencontre sur l'aorte, quelquefois sur le tronc cœliaque ou les mésentériques, et parfois aussi sur les artères des membres.

Les lésions du myocarde consistent surtout en une sclérose affectant tantôt la forme périartérielle, tantôt la forme diffuse, l'une et l'autre accompagnées d'atrophie des éléments musculaires du cœur.

Nous n'avons constaté la dégénérescence granulo-graisseuse du myocarde que chez deux sujets morts subitement au cours de la fièvre typhoïde.

Les altérations artérielles sont souvent totales; elles peuvent affecter toutes les tuniques; on constate à la fois de l'endartérite, de la périartérite; et la tunique moyenne infiltrée de cellules embryonnaires se confond avec la tunique interne. Ces lésions sont généralement plus prononcées sur de petites artérioles que sur des vaisseaux d'un certain calibre.

On observe également des altérations diffuses, les éléments du myocarde paraissant dissociés comme par une infiltration œdémateuse, et des fibrilles conjonctives se développent sur place, séparant les cellules du myocarde. Les altérations du muscle nous ont paru consécutives à la sclérose, quel qu'ait été le mode de diffusion de celle-ci. Il est vraisemblable que les cellules étoilées du tissu conjonctif jouent un certain rôle dans ces lésions interstitielles.

Ces constatations établissent la fréquence des déterminations vasculaires au cours de la fièvre typhoïde. Il est possible que ces lésions puissent régresser, disparaître même complètement, mais souvent elles laisseront une amorce de sclérose dans les parois des

artères ou dans le myocarde lui-même, amorce qui sera le point de départ de nouvelles lésions s'il survient un nouveau processus infectieux ou toxique, quelle qu'en soit la cause. Des altérations analogues se montrent chez des varioleux, comme le prouvent deux observations inédites jointes à ce même mémoire et également chez des scarlatineux. (*Thèse* de Bornèque.)

Ces faits fournissent une base très solide à la conception des cardiopathies artérielles d'origine infectieuse que mon maître le professeur Landouzy a soutenue et enseignée pendant près de trente ans, que l'on peut résumer dans une formule simple : les complications vasculaires de la fièvre typhoïde et de certaines autres maladies infectieuses sont souvent le point de départ des graves cardiopathies qui surviennent beaucoup plus tard.

(*Revue de Médecine*, 1887.)

9. **Recherches sur les altérations du foie dans les maladies infectieuses.** (*Revue de Médecine*, 1886.)

Ce travail avait été présenté au concours des prix de l'internat en 1884 ; il a été repris au cours des années suivantes et publié avec de nouvelles observations. Les recherches ont porté principalement sur le foie des typhoïdiques dans lequel on rencontre fréquemment de petits amas de leucocytes qui forment, entre les travées des cellules hépatiques, de petits abcès miliaires. Il existe en même temps des réactions inflammatoires le long des vaisseaux et une dégénérescence granulo-graisseuse ou vitreuse des cellules hépatiques.

Ces minuscules abcès très communs dans la fièvre typhoïde ne se rencontrent pas dans les autres infections, du moins dans celles qui ne sont pas localisées au tube digestif, car il ne figurait parmi les cas étudiés ni dysenterie, ni choléra. Le foie des varioleux est

plus fréquemment le siège de dégénérescence granulo-graisseuse.

Ces localisations hépatiques des diverses infections constituent quelquefois des amorces aux lésions scléreuses que développeront plus tard, chez nombre de sujets, les intoxications, et en particulier l'intoxication alcoolique.

10. Hépatite diffuse avec ictère grave dans la période secondaire de la syphilis. (En collaboration avec Henri Lemaire.)

L'observation clinique fut très courte, la malade, jeune femme de dix-huit ans, ayant succombé trente heures environ après son entrée à l'hôpital.

D'assez bonne santé, elle avait quitté brusquement sa famille quatre mois auparavant pour se jeter d'emblée dans la débauche; arrêtée dans une rafle, trois mois avant son entrée à l'hôpital, elle avait été relâchée, ce qui semble indiquer l'absence de maladie contagieuse à cette époque. Amaigrissement rapide, courbature, maux de tête, leucorrhée abondante avec douleurs pelviennes, puis ictère accompagné d'épistaxis. Elle fut amenée à l'hôpital Saint-Antoine après avoir eu de l'agitation, du délire et des vomissements.

A son entrée, elle présentait un ictère très prononcé, un état comateux avec excitation cérébrale accentuée, contracture des membres, exagération du réflexe patellaire. On constatait, malgré la coloration ictérique, de nombreuses syphilides papulo-squameuses, papulo-érosives, et des plaques muqueuses vulvo-anales, en même temps qu'une salpingo-ovarite double. Mort très rapide, sans avoir repris connaissance.

A l'autopsie : infection génitale bien caractérisée : double salpingo-ovarite avec aspect kystique des trompes et fausses membranes épaisses. Pelvi-péritonite avec adhérences dans le cul-de-sac de Douglas, sans rapports directs avec les lésions tubaires situées

beaucoup plus haut. Les reins présentent des lésions de néphrite parenchymateuse. Les lésions prédominantes se rencontrent au niveau du foie : il existe une hépatite aiguë diffuse, avec dégénérescence très marquée des cellules qui sont pour la plupart granulo-graisseuses ou réduites en une poussière amorphe prenant peu les matières colorantes; elles sont presque toutes entourées d'une fine lame conjonctive. Dans les points où les cellules ont disparu, les coupes ont l'apparence réticulée et rappellent des ganglions traités par le pinceau. La forme des lobules est très modifiée, on ne reconnaît leurs contours qu'à la présence de canalicules biliaires de nouvelle formation. Les lésions à la fois très étendues et très profondes consistent en une destruction progressive des cellules avec sclérose péricellulaire diffuse, véritable cirrhose monocellulaire que l'on peut attribuer à la fois à la syphilis et à l'alcoolisme.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1904.)

11. **Étude anatomo-pathologique de cinq cas d'appendicite.** (En collaboration avec G. Le Roy.)

Dans ce travail, l'un des premiers qui aient été publiés sur ce sujet, j'ai décrit les lésions que nous avons rencontrées, mon interne et moi, sur des appendices que j'avais dû faire enlever. L'altération fondamentale commune paraît être l'inflammation des follicules clos; elle est constituée par une congestion intense des vaisseaux sanguins et par l'accumulation de nombreux lymphocytes dans les mailles de la trame réticulée. Ce processus n'est pas limité aux follicules clos; on l'observe dans le tissu sous-muqueux et jusque dans les couches musculaires, au voisinage du péritoine. Dans les appendices opérés en pleine crise aiguë, les lymphocytes sont mélangés de nombreux polynucléaires. On reconnaît

çà et là, dans les follicules ou en d'autres points des tuniques de l'appendice et jusque sous le péritoine, l'existence de petits abcès miliaires qui doivent jouer un rôle important dans la genèse des perforations. Le processus de nécrobiose aboutissant aux ulcérations et aux perforations est dû sans doute à la compression des vaisseaux sanguins par les lymphocytes. Mais la présence dans le tissu sous-muqueux, ou au milieu des tuniques musculaires et même sous le péritoine de petits foyers hémorragiques, coïncidant avec de nombreuses colonies microbiennes, semblerait indiquer qu'il s'agit sans doute de petites embolies microbiennes, bien que nous n'ayons pas constaté d'organismes pathogènes dans la cavité des vaisseaux sanguins. Les parois de ces vaisseaux sont généralement infiltrées de cellules lymphatiques, et c'est là, sans doute, le point de départ de l'angiosclérose que l'on observe dans les formes chroniques.

Les glandes présentent des modifications importantes; elles avaient presque disparu chez un de nos malades, chez un autre elles étaient en voie de disparition, dissociées et comprimées par une énorme hyperplasie conjonctive. Lorsque la sclérose se développe, elle est rarement totale, elle s'étend quelquefois en travées circulaires ou longitudinales dans l'intervalle desquelles persistent quelques portions de muqueuse, à peu près normale, avec ou sans follicules, qui peuvent être le siège de nouvelles poussées aiguës occasionnant encore des ulcérations ou des perforations.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1917.)

12. Un cas de pleurésie purulente due au bacille encapsulé de Friedländer. (En collaboration avec Grosjean.)

C'est la huitième observation, publiée en France, de cette affection d'ailleurs assez rare. L'épanchement qui occupait la partie supérieure de la poitrine coïncidait avec des phénomènes géné-

raux plus aigus, plus intenses que ceux qui accompagnent généralement la pleurésie. Cette particularité faisait songer à l'existence d'un foyer de pneumonie lobaire derrière l'épanchemeat. Les crachats puriformes ne renfermaient ni pneumocoques ni bacilles de Koch. Plusieurs ponctions furent faites à quelques jours d'intervalles, les premières donnèrent issue à une sérosité louche, non purulente et sans odeur. La dernière, pratiquée quarante-huit heures avant la mort, amena du pus très fétide dans lequel l'examen bactériologique révéla la présence de nombreux bacilles allongés entourés d'une sorte de halo plus clair, et qui semblaient répondre au bacille encapsulé de Friedländer; cette impression fut d'ailleurs confirmée par un examen microscopique de M. Macaigne, chef du laboratoire d'histologie de l'amphithéâtre des hôpitaux. Des cultures lui révélèrent l'existence du bacille de Friedländer pur à l'exclusion de tout autre microbe pathogène.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 19 février 1897.)

13. **Méningite tuberculeuse sans tubercules. Lésions inflammatoires diffuses des méninges avec nombreux bacilles de Koch.** (En collaboration avec J. Tinel.)

Un jeune homme de seize ans était entré à l'hôpital Saint-Antoine dans un état comateux qui ne permettait d'obtenir de lui aucun renseignement, mais les symptômes que l'on constatait : raideur de la nuque, amaigrissement, photophobie, signe de Kernig, irrégularité du pouls, raie méningitique coïncidant avec des signes de tuberculose pulmonaire, ne laissaient aucun doute sur le diagnostic de méningite tuberculeuse. Le liquide céphalo-rachidien présentait une lymphocytose très marquée avec quelques polynucléaires.

Le malade succomba douze jours après son admission ; l'examen

le plus minutieux ne fit découvrir aucune granulation tuberculeuse sur les méninges et sur les divers points de l'écorce cérébrale. A l'œil nu los altérations se bornaient à une congestion intense des centres nerveux dont tous les vaisseaux étaient fortement distendus. Les méninges avaient perdu leur transparence; elles étaient épaissies et avaient une teinte laiteuse. Les espaces sous-arachnoïdiens et les ventricules renfermaient une quantité notable de liquide.

Au microscope les méninges présentaient une infiltration leucocytaire diffuse, sans aucune granulation tuberculeuse; il existait sur quelques points des cellules agglomérées en petits nodules, mais nulle part on ne rencontrait de follicules tuberculeux nettement constitués, ni de cellules géantes. Mais de nombreux bacilles de Koch étaient disséminés sur tous les points où l'on observait l'infiltration leucocytique des méninges. Ils se trouvaient groupés surtout autour des vaisseaux sanguins et particulièrement dans la tunique externe de ces vaisseaux, au niveau de la gaine lymphatique. Ils formaient en certains endroits de petites agglomérations, sans modification dans la forme ou dans le groupement des cellules voisines.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1907.)

14. Méningite cérébro-spinale à pneumobacille de Friedländer.
(En collaboration avec le Dr Henri Lemaire et Mlle de Jong.)

Cette observation offre un grand intérêt, car il s'agit d'un cas assez rare, les infections méningées à pneumobacille de Friedländer étant exceptionnelles. Un jeune homme de vingt-six ans présentait, lors de son entrée à l'hôpital Saint-Antoine, tous les symptômes d'une méningite cérébro-spinale avec ictère et douleur dans l'hypocondre droit. Une ponction lombaire donna 15 centi-

mètres cubes d'un liquide jaune verdâtre légèrement trouble non hypertendu ; le malade mourut au bout de quarante-huit heures.

Le liquide céphalo-rachidien d'aspect purulent, très louche, un peu fibrineux, renfermait de nombreux polynucléaires d'ailleurs très altérés. Aucune des préparations ne permit de reconnaître la présence de méningocoques. Mais on constatait entre les cellules quelques diplobacilles trapus se décolorant par le Gram. La méthode de Rippert montra qu'ils étaient encapsulés.

Les cultures achevèrent de préciser la nature de ces organismes qui étaient des pneumobacilles de Friedländer. Une injection faite à une souris la fit mourir de septicémie en vingt-quatre heures. Le sang recueilli dans le cœur de la souris, des frottis du foie, de la rate, décelèrent le même microbe. Un pus verdâtre gélatiniforme recouvrait les méninges de la face convexe du cerveau, la scissure de Sylvius et le sillon de Rolando, la face supérieure du cervelet. Sur la base de l'encéphale le pus était moins épais. Les oreilles examinées attentivement après section du rocher n'étaient le siège d'aucune lésion.

Les poumons étaient congestionnés, mais ils ne présentaient à l'œil nu et au microscope aucun signe de broncho-pneumonie. Le foie était le siège d'une dégénérescence graisseuse très accentuée. Les reins peu altérés ne présentaient que quelques lésions superficielles de néphrite légère.

On ne pouvait incriminer ici l'origine otique ou pulmonaire de la maladie. Il est probable que l'infection septicémique avait débuté par la gorge.

Les altérations du foie étaient trop profondes et trop étendues pour relever d'une maladie d'aussi courte durée. Il est probable qu'elles étaient dues surtout à l'alcoolisme dont le malade présentait des signes manifestes, et qu'elles ont contribué à hâter la mort en diminuant la résistance de l'organisme.

Une particularité intéressante à noter, c'est que le malade, dont le liquide céphalo-rachidien ne renfermait pas de méningo

coques, avait été traité par des injections intrarachidiennes de collargol. Elles avaient parfaitement pénétré jusque dans l'intérieur du crâne, puisqu'on a retrouvé du collargol sur le bulbe, la protubérance, les plexus choroïdes, et jusqu'à l'origine du sillon de Rolando. Cette constatation offre un certain intérêt au point de vue de la thérapeutique de ces affections.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1er août 1912.)

15. **Cirrhose alcoolique guérie avec adhérences épiploïques à la paroi et larges anastomoses veineuses (omentopexie spontanée); pleurésie purulente ultérieure. Mort. Présentation de pièces.** (En collaboration avec H. Lemaire et J. Deroye.)

Il s'agit là d'une très intéressante étude anatomo-pathologique d'un cas d'*omentopexie spontanée* avec cirrhose cliniquement guérie, chez un malade de quarante-huit ans, qui succomba à une pleurésie purulente pour laquelle il était entré dans le service.

Deux ans auparavant, cet homme, depuis longtemps alcoolique, avait présenté des signes de cirrhose avec une ascite abondante, qui se reproduisit très rapidement après une ponction. Effrayé, le malade se soumit à un régime très sévère et il se maintint en équilibre : une hernie ombilicale survenue à la suite de l'épanchement s'étrangla, et le malade fut opéré à l'hôpital Saint-Antoine. On se contenta d'ouvrir le sac herniaire et de réduire l'intestin. Lorsque son médecin habituel le vit, dix-huit mois plus tard, son foie était gros, les veines sous-cutanées abdominales très développées, mais on ne constatait pas la moindre trace d'ascite.

Malgré le retour aux habitudes d'intempérance, la situation resta la même, jusqu'à la pleurésie qui détermina la mort.

L'autopsie révéla des particularités assez curieuses ; le grand épiploon complètement soudé à la paroi abdominale, sur une surface de 15 centimètres de largeur et 12 de hauteur, était sillonné

de grosses veines sinueuses qui établissaient de puissantes anastomoses entre le système porte et les veines sous-cutanées. Les vaisseaux constitués par de nombreux tronçons émanés de l'épiploon allaient se jeter dans la veine axillaire gauche. Le foie, dur, augmenté de volume, du poids de 1.550 grammes, était le siège d'une cirrhose bi-veineuse à prédominance péri-portale. Malgré d'épaisses bandes scléreuses entourant les lobules hépatiques, les cellules étaient bien conservées, et en assez grand nombre saines : quelques-unes étaient franchement hypertrophiées; si quelques travées de cellules hépatiques conservaient leur orientation normale, on rencontrait des travées enroulées sur elles-mêmes, réalisant les adénomes de Sabourin. Il y avait donc à la fois hyperplasie cellulaire et hyperplasie nodulaire.

La courte durée du séjour de cet homme dans nos salles n'a pas permis de faire toutes les recherches désirables pour apprécier le fonctionnement de sa glande hépatique, mais l'observation clinique et les constatations anatomo-pathologiques témoignent en faveur d'un processus de guérison, conséquence vraisemblable de l'omentopexie spontanée. Cette observation vient donc à l'appui de l'opération de Talma.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1909.)

16. **Hémiplégie alterne. Paralysie complète du moteur oculaire externe et du facial gauche avec troubles de la déglutition; parésie peu accentuée des membres du côté droit. Anévrisme du tronc brachiocéphalique chez un syphilitique. Mort par hémorragie méningée.** (En collaboration avec le Dr Henri Lemaire et Mlle Denis.)

Bien portant, le 12 juillet, cet homme, après avoir passé la journée en famille à se promener, sans faire d'excès, fut pris, la nuit, de maux de tête, de vomissements; il s'éveilla le matin présentant une

paralysie du côté gauche de la face, et remarqua qu'il avalait difficilement. Entré le 14 à l'hôpital, on constata une paralysie complète du facial gauche, les deux branches du nerf étant atteintes, puis une paralysie du moteur oculaire externe du même côté et des muscles du pharynx. Il existait en même temps une paralysie incomplète des membres du côté droit avec réflexe en extension (Babinski). Le liquide céphalo-rachidien hypertendu, d'aspect puriforme, ne renfermait que de rares leucocytes, de nombreux polynucléaires non altérés et une prédominance de globules sanguins. Le cœur paraissait augmenté de volume, mais ne donnait aucun bruit anormal. Sur la face interne de la jambe gauche, éruption caractéristique de syphilides tertiaires à forme circinée. Le traitement antisyphilitique n'amena aucune amélioration appréciable.

Le 18 juillet, au moment même où mon collègue M. Claude l'examinait, le malade fut pris pour la première fois d'une crise épileptiforme au cours de laquelle il succomba.

A l'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort, on constata un anévrisme du tronc basilaire en même temps qu'une dilatation cylindrique de l'artère vertébrale droite et des artères cérébrales postérieures.

Le calibre de l'artère vertébrale droite était doublé de volume ; cette artère, refoulée à droite comblait l'espace compris entre le rebord du cervelet et le bulbe, au niveau des nerfs mixtes. La vertébrale gauche, de volume normal, croisait la face antérieure du bulbe et les deux artères se rejoignaient dans l'angle ponto-cérébello-bulbaire à l'endroit même où commençait la dilatation du tronc basilaire. Ce dernier vaisseau, étendu d'abord transversalement de gauche à droite dans le sillon bulbo-protubérantiel, où il comprimait, à leur origine, le moteur oculaire externe et le facial, arrivait à l'angle ponto-cérébelleux gauche, puis s'incurvait brusquement à angle droit et s'élevait sur le bord gauche de la protubérance, donnant naissance aux deux cérébrales postérieures, également dilatées. Sur le tronc basilaire, comme sur les

artères vertébrales, on distinguait nettement, par transparence, de petites plaques d'athérome.

C'est dans sa première portion, sur le sillon bulbo-protubérantiel, qu'apparaissait une dilatation anévrismatique, presque sacciforme, présentant environ un centimètre dans le sens transversal. On apercevait sur sa face inférieure, l'orifice de rupture, obturé par un caillot. L'hémorragie qui s'est produite sous nos yeux de façon si dramatique avait inondé tous les espaces sous-arachnoïdiens de la base de l'encéphale, la dépression de l'artère sylvienne et le sillon de Rolando. On rencontrait également un peu de sang dans les quatre ventricules non dilatés.

Il existait en outre une néphrite chronique à tendance atrophique, un cœur gros, dur, hypertrophié et sclérosé.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 24 juillet 1914.)

17. **Fièvre typhoïde. Lymphangite. Suppuration pelvienne.** (En collaboration avec H. Lemaire.)

Cette observation offre un grand intérêt en raison des graves complications utéro-annexielles qui résultèrent d'un abcès pelvien consécutif à une fièvre typhoïde grave. La malade avait présenté au troisième septénaire des réactions péritonitiques qui avaient donné des craintes sérieuses de perforation. Les accidents se localisèrent, mais quelques jours plus tard l'apparition de troubles vésicaux, de douleurs vives dans le bas-ventre, appelèrent l'attention sur une suppuration développée dans la partie inférieure de l'abdomen. Un premier abcès fut ouvert par la voie rectale, puis la persistance des douleurs, de la fièvre, fit soupçonner une nouvelle collection, dont il était difficile de préciser le siège. En présence de manifestations péritonitiques inquiétantes, il fallut ouvrir l'abdomen et aller à la recherche du foyer qui était situé profondément, derrière l'utérus. Malgré une amélioration très satisfaisante, l'opération

laissa un trajet fistuleux que rien ne put tarir et d'assez vives douleurs pelviennes revenant par crises. Après une longue attente, il fallut procéder à une nouvelle opération. On trouva de graves lésions des trompes et des ovaires, des adhérences étendues qui obligèrent à pratiquer l'hystérectomie avec ablation des annexes; la guérison fut définitive. Les organes génitaux étaient entourés de fausses membranes épaisses au milieu desquelles on trouvait encore des traces de suppuration.

Au microscope, on put constater que l'infection s'était faite de dehors en dedans. Les tuniques des trompes, les ovaires, étaient assez gravement altérés, infiltrés de leucocytes, de polynucléaires, qui dissociaient les éléments normaux. A la surface de l'utérus, sous les fausses membranes qui la recouvraient, on distinguait des traînées de lymphangite se prolongeant à travers les couches les plus superficielles des fibres musculaires lisses. Sur les trompes comme sur l'utérus, les infiltrations leucocytaires, très abondantes sous le péritoine, diminuaient à mesure que l'on examinait des couches plus profondes. La muqueuse tubaire en totalité était, comme la muqueuse utérine, remarquablement saine. Les cellules cylindriques conservaient leur apparence normale, leur disposition régulière, sans aucune modification pathologique.

Ces pièces fournissaient un remarquable exemple d'infection génitale, de dehors en dedans, tandis que les infections génitales proprement dites évoluent de la muqueuse à la périphérie des organes.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, juillet 1914.)

18. Sarcome du mésocôlon transverse. (En collaboration avec le Dr H. Lemaire.)

Un homme de cinquante-quatre ans, ancien tuberculeux, présentait, vers le milieu de l'abdomen, un peu à droite, une tumeur régu-

lièrement arrondie du volume des deux poings, rénitente, et d'apparence kystique qui semblait s'être développée assez rapidement. La percussion minutieuse de l'abdomen, pratiquée par le professeur Chauffard, l'examen radioscopique dû à l'obligeance de M. Béclère, avaient montré que cette tumeur était indépendante du foie et semblait se rattacher au pancréas. Une laparotomie, faite par M. Ricard, permit de reconnaître que la tumeur était située dans l'épaisseur du mésocôlon transverse, d'où il l'énucléa très habilement. Elle conservait sur la table son apparence kystique et semblait fluctuante. Il s'agissait, en réalité, d'une tumeur solide multilobée du poids de 1.510 grammes, d'apparence colloïde en certains points, gélatiniforme sur d'autres, faisant penser à un myxo-sarcome. L'examen histologique de fragments recueillis sur divers points de la tumeur montra qu'elle était uniquement constituée par des cellules fusiformes, remarquablement homogènes, caractérisant un sarcome fasciculé, mais elles présentaient à divers degrés la dégénérescence colloïde ou la dégénérescence granulo-graisseuse.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 16 octobre 1914.)

19. **Mal de Pott dans l'enfance. Infantilisme. Dystrophie scléreuse polyglandulaire d'origine tuberculeuse.** (En collaboration avec le Dr H. Lemaire.)

Cette observation présente un grand intérêt pour l'interprétation des désordres si fréquemment observés dans les fonctions menstruelles. Elle se rattache à un ensemble de recherches sur les dystrophies ovariennes, que je poursuis depuis quelques années avec mon chef de laboratoire, le Dr Henri Lemaire, et qui ont été interrompues par la guerre.

Il s'agit d'une jeune fille de vingt-huit ans, très faible, d'apparence cachectique, dont la physionomie enfantine accuserait douze

ou treize ans à peine. Fille d'un père alcoolique mort jeune, elle a perdu une sœur de tuberculose. A six ans, elle eut un mal de Pott soigné à Berck pendant cinq ans; plusieurs abcès développés à la partie antérieure de la colonne lombaire vinrent s'ouvrir dans les régions inguinales, à droite et à gauche, et laissèrent parfois des fistules. Dès cette époque, elle eut une gibbosité très prononcée, qui a persisté. Alitée depuis longtemps, elle ne peut se servir des membres inférieurs à cause des raideurs articulaires.

Le thorax est grêle, étroit; l'auscultation y décèle des signes de tuberculose chronique, caractérisant des lésions anciennes, en grande partie sclérosées. Il reste encore quatre pertuis fistuleux au-dessous de l'arcade crurale gauche, et un autre près du grand trochanter du même côté.

Taille de 1m35, bassin étroit, sans saillie, thorax arrondi et grêle, visage de fillette; aisselles glabres, pubis à peine garni d'un léger duvet, intelligence peu dévelopée, puérilisme mental.

Ébauche de menstruation à dix-huit ans, qui se reproduisit à peu près régulièrement, pendant six ou sept ans, et disparut il y a trois ans, faisant place à une leucorrhée périodique, peu prononcée. La malade étant vierge, il n'a pas été pratiqué d'examen génital.

La malade, très cachectique à son entrée, succomba au bout de quinze jours, sans incident aigu.

Autopsie. — *Appareil respiratoire* : Adhérences pleurales très étendues des deux côtés. Granulations tuberculeuses très nettes, mais peu confluentes. Lésions de sclérose diffuse avec tubercules, dans les sommets, à divers degrés d'évolution : granulations disséminées, petits noyaux caséeux, cavernes rudimentaires. Follicules tuberculeux très nets au microscope.

Appareil circulatoire : Cœur petit, *tractus fibreux* dans les piliers, plus accentués que ne le comporte l'âge de la malade. Pas de tubercules sur le péricarde, sur l'endocarde, non plus que sur les coupes du myocarde.

Tube digestif : En assez bon état. Pas de lésions importantes.

Ascite, 2 à 3 litres de liquide citrin ; péritoine épaissi, blanchâtre, ne présentant des granulations tuberculeuses qu'au voisinage du foie.

Foie : Notablement augmenté de volume, 2 kil. 270. Péri-hépatite avec rares granulations tuberculeuses. Sur les coupes, aucun follicule tuberculeux. Quelques signes de dégénérescence graisseuse dans les cellules de la périphérie des lobules. Dégénérescence amyloïde limitée au centre du lobule.

Rate plus ferme qu'à l'état normal, légère ceque de périsplénite sans tubercules. Pas de tubercules sur les coupes.

Reins un peu sclérosés, sans infiltration embryonnaire, sans tubercules, sans œdème, sans dégénérescence amyloïde.

Colonne vertébrale recouverte d'un tissu lardacé très épais se prolongeant aux plis inguinaux, le long des trajets fistuleux. Cette gangue épaisse est constituée par du tissu conjonctif dense, sans follicules tuberculeux ; des troncs nerveux qui la traversent sont le siège d'un processus intense de névrite et de périnévrite. Ostéo-arthrite des quatre dernières vertèbres dorsales, avec plaques de pachyméningite sur lesquels on rencontre des follicules tuberculeux.

Appareil génital : Utérus petit pesant 11 grammes, long *extérieurement* de 6 centimètres; la longueur du corps est le quart environ de la longueur totale.

Muqueuse normale, avec glandes peu développées ; l'épithélium pavimenteux du museau de tanche remonte un peu dans le col. Muscle utérin normal dans ses trois segments.

En somme, utérus infantile.

Les ovaires sont très petits, ne pesant, chacun, que 3 grammes. Nombreux follicules primordiaux atrésiés; pas de corps jaunes récents ; petits kystes folliculaires, infiltration diffuse de tissu conjonctif dans toute la région corticale, artères épaissies, sclérosées. Pas de follicules tuberculeux.

Trompes peu développées présentant un léger degré de sclérose fibrillaire.

Ligaments tubo ovarieux normaux, renfermant des vestiges importants du corps de Wolff, indices d'un développement inachevé.

Corps thyroïde très petit ne pesant que 8 grammes; aucune dilatation kystique. Vésicules de dimensions inégales, en majorité petites, peu développées. Cellules épithéliales aplaties disposées sur un seul rang. Stroma conjonctif épaissi, sclérose autour des vésicules et même des artères.

Parathyroïde : Cordons formés de cellules dont l'orientation n'est pas régulière : îlots de cellules éosinophiles rares et petits.

Hypophyse : Les alvéoles ne renferment qu'un petit nombre de cellules chromophiles, éléments cellulaires pauvres en pigment. Sclérose fibrillaire de la zone intermédiaire.

Capsules surrénales : Tractus scléreux assez prononcés, envahissant les diverses couches des glandes.

Cellules du type spongieux peu nombreuses et ne formant que de maigres îlots; ce sont ces cellules qui apparaissent chargées de graisse, tandis que les cellules sombres, constituant presque à elles seules les trois couches de la substance corticale, sont peu chargées de graisse, et ne renferment que de rares granulations lipoïdiques.

Dans la couche réticulée les cellules sont en voie d'atrophie et la sclérose est beaucoup plus prononcée, de même que dans la substance centrale.

En somme, toutes les glandes endocrines étaient le siège d'une *dystrophie scléreuse très prononcée avec développement incomplet des éléments glandulaires et dégénérescence accentuée de quelques-uns de ces éléments.* Ces lésions témoignaient d'une insuffisance manifeste de ces glandes, et il est rationnel de rattacher l'arrêt de développement observé chez cette jeune fille, l'aplasie des organes génitaux, l'infantilisme, aux perturbations provoquées dans l'organisme par les altérations des glandes endocrines. Malgré les antécédents de cette malade et les lésions tuberculeuses manifestes qu'elle présente, les recherches microscopiques les plus minutieuses n'ont permis de découvrir, sur les nombreuses coupes des diverses glandes

endocrines, ni bacilles de Koch, ni follicules tuberculeux, ni cellules géantes : la spécificité des altérations glandulaires n'a donc pas été démontrée ; il paraît néanmois difficile de mettre en doute leur origine tuberculeuse, et selon toute vraisemblance, il s'agit ici d'une de ces formes fibreuses de la maladie qui ont été décrites par Poncet, lésions banales, en rapport avec des altérations humorales dues aux toxines de la tuberculose.

Envisagée à ce point de vue, cette observation mérite d'être rapprochée de nombre de cas de dysménorrhée, d'aménorrhée que l'on observe chez des jeunes filles en dehors de lésions évidentes des organes génitaux, mais qui présentent des reliquats de pleurésies, de l'induration des sommets, des adénopathies, des lésions articulaires ou osseuses, ne laissant aucun doute sur l'existence d'une tuberculose concomitante.

20. **Etude sur la leucorrhée.** (En collaboration avec Henri Lemaire.)

C'est à tort que nombre d'auteurs ont considéré la leucorrhée comme étant toujours d'origine infectieuse. Si elle est fréquemment la conséquence d'infections de l'appareil génital, elle relève, dans un grand nombre de cas, de très légers troubles physiologiques, qui sont d'ailleurs en rapport avec les modifications de la santé générale.

Un examen attentif des liquides observés à l'entrée des voies génitales révèle déjà leur origine : la sécrétion légèrement visqueuse des glandes de Bartholin, celle, plus fluide des glandes péri-urétrales, se mélangent aux concrétions caséiformes provenant des grosses glandes sébacées de la région vulvaire, elles donnent lieu à un liquide blanc jaunâtre qui empèse légèrement le linge. Les écoulements vaginaux, d'apparence laiteuse, blanchâtre, caillebottée, sont assez caractéristiques pour être reconnus d'emblée. Il en est de même des sécrétions glaireuses, épaisses, parfois gélatiniformes du col utérin, qui se détachent en grosses gouttes filantes empesant

fortement le linge. Les sécrétions de la muqueuse du corps utérin, beaucoup plus fluides, donnent lieu par leur exagération à une véritable hydrorrhée. Dès que ces sécrétions sont chargées de pus elles deviennent plus épaisses, prennent une coloration grisâtre ou verdâtre qui les rend déjà suspectes.

Mais c'est surtout l'examen microscopique qui aidera à les reconnaître et permettra d'en préciser le caractère physiologique.

On rencontre sur les préparations des cellules variées d'aspect divers, mais que l'on peut réunir sous les types suivants : 1° de grosses cellules plates constituées par une masse protoplasmique large étalée, ayant à leur centre un gros noyau rond bien coloré ; ces cellules proviennent de la desquamation de la muqueuse vaginale ; 2° des cellules allongées, prismatiques renfermant vers leur extrémité la plus étroite et la plus colorée un noyau allongé ; ce sont des cellules de la muqueuse du col utérin ; 3° des cellules rondes, du type des lymphocytes et des polynucléaires ; 4° des globules sanguins.

Sans chercher à établir des formules cytologiques précises comme celles qui s'appliquent aux épanchements des séreuses, on peut arriver à interpréter assez rapidement les éléments rencontrés sous le microscope pour en tirer des conclusions pratiques.

Dans la leucorrhée normale, physiologique, due à l'hypersécrétion qui précède ou suit immédiatement les règles, chez des femmes saines, comme dans la leucorrhée plus prolongée que l'on observe chez des anémiques en dehors de toute infection génitale, les éléments cellulaires se réduisent à de simples cellules plates de l'épithélium pavimenteux de la vulve et du vagin et à de gros noyaux plus ou moins granuleux, appartenant à des lymphocytes ou à des noyaux de cellules pavimenteuses dont le protoplasma s'est désagrégé ; on constate en outre une sorte de poussière constituée par des débris informes de cellules en voie de destruction. Il s'agit donc d'une transsudation du sérum sanguin accompagnée d'une légère desquamation de l'épithélium des voies génitales.

Il s'y ajoute, chez les femmes qui ont eu des enfants, des cellules prismatiques, allongées, provenant du col utérin.

Lorsqu'il existe une infection, la formule est changée par l'apparition de nombreux polynucléaires dont la plupart nettement dégénérés sont l'indice d'une suppuration.

Chez les cancéreuses, on ne rencontre que rarement de grosses cellules épithélioïdes dont les noyaux très développés sont le siège d'un processus actif de karyokinèse, mais presque toutes les préparations renferment des hématies en assez grande quantité.

(IV[e] *Congrès français de Gynécologie*, Rouen, 1904, et *La Gynécologie*, 1904.)

21. **Recherches sur la leucorrhée.** (En collaboration avec le D[r] E. Bigart.)

Après avoir étudié les caractères morphologiques des écoulements vaginaux, nous avons cherché à interpréter leur bactériologie très complexe, très confuse, en raison de la multiplicité et de l'infinie variété des organismes parasitaires qui pullulent à l'entrée des premières voies génitales.

En général, chez les femmes saines, chez les jeunes filles vierges indemnes de toute affection génitale, la flore très variée de la muqueuse vulvo-vaginale est constituée par des éléments dans lesquels prédominent presque exclusivement les formes bacillaires : bacilles isolés, bacilles réunis en chaînettes, microbes allongés, ressemblant au colibacille ou au bacille de la diphtérie, les uns et les autres si rapprochés, si enchevêtrés, si touffus, qu'ils masquent quelquefois les cellules. Nulle part ces formes longues ne sont plus abondantes que chez les vierges ; elles coïncident d'ailleurs avec la formule cytologique normale, c'est-à-dire avec la simple desquamation des cellules plates de la muqueuse vulvo-vaginale.

Au contraire, dès qu'il existe une infection bien caractérisée, comme la blennorragie, par exemple, les microbes en formes bacillaires se raréfient, disparaissent quelquefois complètement, et ils sont remplacés par de nombreux cocci, au milieu desquels se rencontrent des gonocoques intra et extracellulaires. S'il persiste encore quelques streptobacilles, ils ne forment que de courtes chaînettes.

Plus tard, les gonocoques sont presque exclusivement extracellulaires ; il semble qu'ils ne soient plus phagocytés par les leucocytes; ils le sont encore pendant quelque temps. A mesure que les gonocoques sont détruits ou qu'ils perdent leur virulence, on voit reparaître peu à peu les formes parasitaires allongées.

En dehors de la blennorragie, l'examen des secrétions ne saurait fournir, à l'heure actuelle, les éléments d'un diagnostic précis. Nombre de microbes pathogènes peuvent se rencontrer à l'état saprophytique sur les muqueuses génitales et leur présence ne suffit pas à déterminer le rôle qu'ils peuvent jouer dans l'infection.

(*La Gynécologie*, 1905 et *Bull. de la Soc. d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie*, 1905.)

22. Le diagnostic précoce du cancer de l'utérus.

La triade symptomatique du cancer utérin, douleur, hémorragies, leucorrhée fétide, telle que l'ont décrite la plupart des auteurs classiques, ne répond guère qu'aux formes avancées de la maladie et déjà hors des atteintes de la thérapeutique, lorsque le cancer a dépassé les limites de l'utérus, envahi le paramétrium et le vagin.

Il n'y a qu'un seul signe du cancer au début : l'*hémorragie*, abondante ou discrète, beaucoup plus souvent discrète, réduite même à un suintement insignifiant en apparence, mais à peu près continu, se reproduisant tous les jours, plusieurs fois par jour, augmentant

sous l'influence de la marche, des secousses, des efforts, des moindres traumatismes locaux; il doit attirer l'attention et donner l'éveil.

A ce moment la leucorrhée n'existe guère, ou ne dépasse pas celle qu'on observe chez beaucoup de femmes bien portantes; la douleur surtout manque complètement, si la lésion siège sur la portion vaginale du col, ce qui se rencontre dans l'épithéliome pavimenteux. La coloration insolite de la muqueuse, l'apparition de saillies anormales, d'érosions saignantes, appelleront l'attentiou au cours d'un examen au spéculum. Mais le plus souvent, le doigt, l'œil ne percevront rien d'anormal, car l'affection débute par la muqueuse intracervicale ou par celle du corps utérin.

L'apparence normale des surfaces explorées par la vue ou par le doigt donnera au médecin une sécurité dangereuse. Il sera tenté de prolonger des soins purement médicaux, et lorsque le mal révélera sa véritable nature, toute intervention sera devenue impossible. On ne saurait donc trop recommander, pour tous ces cas suspects, et pour ceux-là surtout que le bon aspect des malades, leur jeunesse, ne fait même pas suspecter, de recourir au curettage chez toutes les femmes qui saignent de manière prolongée, presque ininterrompue, fût-ce sous la forme d'un suintement minime.

Le curettage fait, et consciencieusement fait sur toute l'étendue de la muqueuse, on recueillera les produits du raclage et on les examinera soigneusement au microscope, sans craindre de multiplier les coupes, les préparations, on arrivera ainsi à dépister des productions cancéreuses à une époque aussi rapprochée que possible du début. C'est à cette condition que la chirurgie pourra intervenir utilement.

(Communication faite à l'Académie de Médecine en 1911 et *Bulletin médical*, 8 avril 1911.)

23. De l'utilité d'un curettage explorateur pour le diagnostic précoce du cancer utérin.

La plupart des femmes atteintes de cancer utérin arrivent trop tard au chirurgien. Cette erreur est d'autant plus regrettable que de tous les cancers, celui de l'utérus est à la fois le plus facile à dépister et celui sur lequel le traitement chirurgical peut avoir l'action la plus décisive.

Or, ce diagnostic, on ne doit pas l'attendre de la seule évolution des symptômes, qui n'acquièrent toute leur signification que lorsque le mal est au-dessus de notre atteinte. Il faut aller au-devant de la décision : procéder à un *curettage* dès qu'on observe des métrorragies dont la prolongation presque ininterrompue impressionne tous ceux qui en connaissent la signification grave. Au *curettage*, il est bon d'ajouter la *biopsie*, qui consiste à réséquer, au bistouri, au moyen de ciseaux ou d'une pince spéciale, un fragment de la paroi cervicale d'une certaine épaisseur, avec lequel on fera des préparations concluantes. Il est à remarquer que certaines préparations ne présentent aucune lésion, aussi convient-il de prolonger les investigations, de bien choisir, après examen attentif des fragments, les petits noyaux suspects dont il importe de préciser la nature. Les quatre observations réunies dans ce travail sont particulièrement suggestives : dans l'une d'elles, la malade avait en même temps un fibrome sous-muqueux auquel on aurait pu rattacher les hémorragies : c'était l'avis du chirurgien qui l'opéra, sur l'exposé du diagnostic fourni par un curettage. Or, des coupes en série, pratiquées sur la plus grande partie de la muqueuse utérine, permirent de découvrir au voisinage même du fibrome, l'épithélioma cylindrique qui avait été révélé par la curette.

(Communication faite au VII[e] Congrès français de Gynécologie, d'Obstétrique, de Pædiatrie de Lille, 25-29 mars 1913. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, mars 1913.)

24. **Les métrorragies virginales. Étude histologique de la muqueuse utérine dans une forme particulière de métrorragie observée chez des jeunes filles.** (En collaboration avec Henri Lemaire.)

Quatre jeunes filles indemnes de toute affection génitale antérieure présentaient des métrorragies persistantes, rebelles à tous les traitements médicaux et assez graves pour exiger le curettage. Une étude histologique minutieuse nous fit constater une prolifération active, intense, qui, sans modifications du chorion, provoqua un développement insolite des glandes dont les contours agrandis, festonnés, irréguliers, auraient eu un aspect inquiétant, si nous n'avions constaté partout une intégrité absolue de la membrane basale. Il existait dans ces quatre cas des déformations glandulaires très accentuées : saillies papillomateuses de l'épithélium des glandes, dilatations kystiques, multiplication insolite des glandes, séparées par une bande très mince de chorion. Quelques cellules épithéliales présentaient même des figures de karyokinèse. On ne constatait d'ailleurs aucune infiltration leucocytaire, aucun signe d'infection. Ces formations adénomateuses ne s'accompagnaient d'aucune constatation suspecte et l'évolution clinique n'a pas confirmé les craintes que pouvait faire concevoir cette activité épithéliale.

(Communication faite au VI[e] Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Toulouse, 1910, et publiée en 1911 par la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale.*)

25. **De l'éosinophilie dans le cancer de l'utérus.**

Dans cette note, présentée à l'Académie de Médecine en 1914, j'ai appelé l'attention sur l'abondance insolite des éosinophiles que l'on rencontre quelquefois au voisinage des bourgeons épithéliaux

dans certains cas de cancer utérin. Cette particularité est accentuée surtout lorsqu'il existe des lésions végétantes qui sont le siège d'une destruction active aboutissant à des ulcérations étendues. Il est possible que ces éléments soient en rapport avec un processus de défense contre les toxines du cancer.

26. Recherches sur l'histologie normale et pathologique des organes génitaux de la femme.

Pour ma collaboration au *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale*, dont je résume un peu plus loin les parties originales, j'ai fait avec mon chef de laboratoire, le Dr Henri Lemaire, et quelques autres de mes élèves, de très nombreuses et longues recherches histologiques dans mon laboratoire de l'hôpital Saint-Antoine. Toutes les figures d'histologie normale et pathologique (96 dans la première édition, 127 dans la seconde édition) ont été dessinées sur nos préparations. Je regrette, en raison des circonstances, de ne pouvoir faire reproduire ici les plus importantes de ces planches.

Les descriptions des muqueuses du vagin, du col et du corps utérin, des ovaires et des trompes sont accompagnées de 21 de ces figures qui facilitent l'interprétation du texte. A côté des organes normaux de femmes adultes, j'ai montré la muqueuse encore très rudimentaire de l'utérus d'une fillette de dix-huit mois, l'utérus d'une femme de soixante-trois ans envahi par la sclérose et présentant des glandes atrophiées. J'ai décrit et représenté des débris de muqueuse utérine exfoliés au cours de la menstruation, des membranes déciduales de grossesse normale et de grossesse extra-utérine, des trompes et des ovaires normaux à différents âges. Sur quelques-unes de ces figures on peut se rendre compte de la structure des corps jaunes.

Une étude attentive de la leucorrhée nous a permis de recon-

naître une véritable formule cytologique de la leucorrhée normale, caractérisée par des cellules plates du vagin avec large protoplasma et gros noyau, l'une et l'autre en voie de désagrégation plus ou moins accentuée, et par quelques rares lymphocytes mélangés à des cellules prismatiques de l'épithélium du col utérin, le tout accompagné d'une flore bactérienne extrêmement abondante et variée, dans laquelle dominent les éléments allongés : streptobacilles, bâtonnets, formes spirillaires.

La formule pathologique est représentée surtout par des polynucléaires et par des leucocytes mélangés à des débris épithéliaux du vagin et du col plus ou moins désagrégés, dégénérés, tandis que la flore microbienne moins variée, consiste surtout en microbes pathogènes représentés par une ou deux espèces et quelquefois, exclusivement, par des gonocoques.

26 *bis*. **Dystrophies scléreuses.** — En dehors des infections, on rencontre des dystrophies de l'appareil génital qui relèvent, le plus souvent, de la santé générale. Ce sont des scléroses de l'utérus ou des ovaires, qui donnent lieu à des désordres d'une réelle gravité.

La sclérose utérine se développe quelquefois en dehors de toute formation myomateuse. Elle commence autour des vaisseaux sanguins, formant des bandelettes fibreuses de plus en plus épaisses à la périphérie des artères, et peu à peu elle diffuse entre les faisceaux de fibres lisses du muscle utérin. Ces altérations ont eu quelquefois pour point de départ une maladie infectieuse, la fièvre typhoïde, par exemple, mais elles se développent aussi chez des femmes indemnes de toute tare antérieure.

La dystrophie scléreuse des ovaires est un peu plus complexe. Les lésions sont loin de répondre aux symptômes observés chez les malades. Néanmoins on observe, au cours des interventions chirurgicales motivées par cet état, des ovaires à la surface blanche, quelquefois unie, plus souvent irrégulière, bosselée par la présence de petits kystes transparents dont la dimension varie depuis

celle d'une tête d'épingle en verre, jusqu'à celle d'un noyau de cerise, ou même davantage. La consistance de ces ovaires est plus ferme qu'à l'état normal, leur coloration plus blanche, d'aspect nacré, et à l'œil nu, il est assez difficile de reconnaître s'il s'agit d'un véritable état pathologique. Le microscope donne des indications plus précises : sur les fragments enlevés — car c'est le plus souvent à la suite de résections partielles qu'on peut les examiner — on reconnaît qu'un grand nombre de follicules de de Graaf sont aplasiés, arrêtés dans leur développement; d'autres assez nombreux ont subi une dilatation manifeste et constituent les petits kystes perçus à la surface; le tissu qui les entoure est épaissi, sclérosé; les vaisseaux du hile sont gros, congestionnés et les petites artérioles qui se distribuent dans le tissu ovarien sont également congestionnées. Cette dégénérescence scléro-kystique très prononcée, dans quelques cas, est, dans d'autres, beaucoup moins nette, sans qu'il y ait une relation parfaitement exacte entre l'importance de la sclérose et les symptômes accusés par les malades. Si le nombre des ovules en voie d'accroissement est plus considérable qu'à l'état normal, au lieu d'aboutir à la maturité, puis à la déhiscence, ils demeurent stationnaires, s'entourent d'une bandelette de sclérose, l'ovule perd sa tache germinative, l'épithélium folliculaire dégénère, puis les cellules se désagrègent et tombent dans le liquide du follicule.

27. **Anatomie pathologique des métrites.** — Dans les métrites *post partum* le corps est plus gros que le col et ses parois sont plus épaisses. Le contraire a lieu dans les métrites survenues en dehors de l'état puerpéral.

Certains utérus infectés, après un accouchement ou une fausse couche, ont une paroi molle, jaunâtre, sans résistance, se laissant traverser facilement par le doigt ou par un instrument.

D'autres présentent à la coupe de petits foyers hémorragiques ou des abcès. Chez les vieilles femmes l'utérus a diminué de volume, mais l'atrophie porte surtout sur le col. La muqueuse au cours

des métrites séniles est transformée en une bouillie rougeâtre.

Examen histologique : La muqueuse est très épaissie, les glandes sont le siège d'une prolifération très active. Les cellules épithéliales sont tuméfiées et présentent des figures de karyokinèse. On rencontre des leucocytes en voie de migration au milieu des cellules épithéliales, des leucocytes dégénérés, à la surface de la muqueuse, et mélangés aux cellules du chorion, également en prolifération active, un certain nombre de *plasmazellen*. On voit de nombreux leucocytes soit en traînées régulières autour des glandes, soit en amas irréguliers, au milieu du chorion, ou au voisinage des vaisseaux sanguins, parfois même de petits abcès miliaires dans la couche profonde. Les capillaires sont distendus, congestionnés.

Certaines métrites provoquent une multiplication des glandes, d'autres revêtent la forme interstitielle, d'où tendance ultérieure à la sclérose. Quelques glandes présentent un aspect adénomateux, elles sont dilatées, kystiques ou repliées sur elles-mêmes. Dans des formes hémorragiques, il n'est pas rare de rencontrer des hémorragies interstitielles dans le chorion en même temps que dans les culs-de-sac glandulaires.

Les glandes du col, lorsqu'elles sont enflammées, tendent à s'allonger ; elles s'enfoncent dans l'épaisseur du col au point de le traverser de part en part et de venir faire saillie sur le museau de tanche.

J'ai pu examiner et faire dessiner un cas très curieux de *métrite parenchymateuse*. L'infection survenue au cours de l'involution de l'utérus l'a retardée, elle a diffusé dans toute l'épaisseur du parenchyme utérin, comme en témoignent les traînées de leucocytes que l'on peut suivre entre les fascicules de fibres musculaires lisses, depuis la muqueuse jusqu'au péritoine. L'utérus est représenté en trois coupes portant sur toute son épaisseur, ce qui permet de suivre les altérations dans toute leur étendue.

28. **Fibromyomes.** — Les fibromyomes sont constitués par les mêmes éléments que le muscle utérin : du tissu musculaire et du

tissu conjonctif denso répartis en proportions très inégales et très variables dans les divers nodules des tumeurs. Tantôt les cellules musculaires et les fibres lamineuses forment une trame serrée, dense; tantôt les éléments sont séparés les uns des autres, dissociés par une sorte d'œdème.

Au centre du nodule on trouve fréquemment un vaisseau, mais quelquefois, il est à la périphérie; parfois, ce sont de simples capillaires.

Au voisinage des tumeurs les vaisseaux sont très distendus; les parois des artères sont épaissies et sclérosées.

Dans quelques cas les nodules myomateux sont développés autour de glandes (adénofibromyomes). Ces diverses variétés se retrouvent dans les planches qui accompagnent cette description.

Les fibromes peuvent se transformer en myxo-sarcomes, en sarcomes, et j'en ai montré un exemple remarquable sur une des figures dessinées dans mon laboratoire.

Beaucoup plus fréquemment on observe le sphacèle des fibromes, leur dégénérescence calcaire, hyaline ou graisseuse où même la nécrobiose aseptique ou la suppuration. Il se forme quelquefois de véritables géodes avec liquide clair transsudé des vaisseaux.

29. **Cancer de l'utérus.** — J'ai donné, dans le *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale*, une étude histologique très complète des deux variétés de cancer que l'on rencontre dans l'utérus, accompagnée de treize dessins qui permettent de suivre les diverses phases du mal.

Sur la portion vaginale du col, on observe, en général, l'*épithélioma pavimenteux* qui peut être *lobulé* ou *tubulé*, qui se présente sous la forme végétante ou sous la forme interstitielle. Dans l'épithélioma lobulé du col utérin, on n'observe pas l'évolution cornée, donnant lieu à des globes épidermiques; on rencontre des cellules incomplètement kératinisées, qui présentent une dégénérescence hyaline du colloïde.

Le cancer de la cavité utérine, qu'il siège au niveau du corps ou

au niveau du col, est un *épithélioma cylindrique*. Nous avons pu en faire de nombreuses préparations, qui permettent de suivre toutes les transformations des cellules de l'épithélium glandulaire. On assiste, au début, à une multiplication insolite de ces cellules dont les noyaux serrés restent encore à leur place, près du point d'implantation de la cellule, sans présenter d'autres particularités qu'une karyokinèse très active.

Peu à peu, les cellules perdent leur régularité, leurs caractères typiques, elles deviennent plus globuleuses, la place du noyau est moins fixe, ce sont les cellules métatypiques, puis elles augmentent de volume, en même temps que leurs noyaux s'accroissent, se divisent; elles prennent de plus en plus la forme banale, atypique, des grosses cellules carcinomateuses, s'entourant par places de bandelettes fibreuses, tandis que les cellules normales tendent à disparaître.

Ce cancer intracervical constitue la forme la plus grave du cancer utérin. Sa marche est généralement rapide, il se développe à la façon d'un anneau, en gagnant de proche en proche le pourtour de la muqueuse, sans s'étendre en hauteur, et il a déjà envahi le paramétrium lorsqu'on constate à l'orifice les premières indurations suspectes. C'est ce qui en fait la gravité.

Beaucoup moins décourageant, l'épithélioma de la muqueuse du corps utérin, cylindrique comme le précédent, a une évolution toute différente et beaucoup plus lente. Il se développe tantôt sous la forme végétante, donnant lieu à des productions d'apparence polypeuse qui flottent dans la cavité, ou bien il apparaît en traînées saillantes limitées à la surface de la muqueuse et ayant peu de tendance à envahir la profondeur. Il n'est pas rare de rencontrer des masses du volume d'une amande ou d'une noix, qni se prolongent à peine dans l'épaisseur du parenchyme utérin et ne se propagent que très tardivement dans le tissu cellulaire péri-utérin ou dans le péritoine. Aussi est-ce la forme de cancer la plus accessible à une opération réellement efficace.

GYNÉCOLOGIE

30. Le rôle du médecin dans la gynécologie.

Il n'y a pas d'antagonisme entre le médecin et le chirurgien, leur action est destinée à se compléter. Si les suppurations pelviennes, les tumeurs de l'utérus et des annexes, les malformations, déformations et ptoses de l'appareil génital relèvent de la chirurgie, la plupart des infections génitales, au début, sont du domaine de la médecine; c'est au médecin qu'il appartient d'en enrayer l'évolution, d'en assurer la guérison, d'en prévenir le retour et la diffusion, par une prophylaxie judicieusement instituée. A côté des infections, des tumeurs, etc., on observe dans l'appareil génital de la femme nombre de troubles fonctionnels, en rapport avec des désordres de la santé générale ou avec des dystrophies constitutionnelles ou acquises, qui sont exclusivement justiciables de traitements médicaux. De là doit résulter une collaboration étroite du médecin et du chirurgien, pour le plus grand bien des malades.

(*Bulletin médical*, 1902.)

31. Les ménorragies essentielles des jeunes filles.

Chez un certain nombre de jeunes filles, dès la puberté ou dans les premières années qui suivent l'apparition du flux menstruel, il se produit à chaque époque un écoulement de sang abondant qui tend à s'accroître et revêt de plus en plus la forme hémorragique. Il en résulte un état d'anémie, d'épuisement qui contribue encore

à accentuer les tendances ménorragiques. Or, l'examen des divers organes, autant qu'on peut le pratiquer chez des jeunes filles, ne révèle aucune lésion. Il s'agit le plus souvent d'un simple trouble fonctionnel imputable au neuro-arthritisme, et dont on retrouve les manifestations chez d'autres membres de la famille : mère, sœurs, tantes. Il se produit à chaque époque une congestion exagérée de l'appareil génital sans autres désordres de la santé. Le repos au lit, pendant toute la durée des règles, l'observation rigoureuse d'un régime alimentaire, basé sur l'absence de tous les mets excitants, a généralement raison de ces accidents.

(*Journal des Praticiens*, décembre 1899.)

32. La neurasthénie utérine.

Ce travail est consacré à une étude clinique sur les troubles nerveux qui, chez les femmes, sont en rapport avec l'appareil génital. Ces désordres se présentent sous des aspects très variés : phénomènes douloureux dans la partie inférieure de l'abdomen et dans le bassin, avec irradiations dans les membres inférieurs, dans les viscères abdominaux, provoquant des déterminations gastro-intestinales plus ou moins accentuées, des migraines, etc.

Parmi ces accidents il en est qui reposent sur une base anatomique; les lésions des annexes, du péritoine et du tissu cellulaire pelvien, les tumeurs utérines ou ovariennes peuvent comprimer les nerfs du bassin, et par les anastomoses du plexus lombaire et du plexus sacré déterminer à distance des réactions parfois très violentes.

Mais ces manifestations ne sont pas toujours en rapport avec des lésions matérielles nettement appréciables. Ce ne sont pas les grosses tumeurs utérines ou annexielles, les vastes inflammations pelviennes qui, malgré l'intensité des accidents locaux, ont un tel

retentissement sur toute l'économie, ce sont des ovaires sclérosés, avec de minuscules petits kystes, ou même simplement congestionnés, des adhérences annexielles peu étendues, des déviations sans fixité de l'utérus qui donnent lieu à des malaises très intenses, empoisonnant la vie des femmes. Les affections de l'appareil génital dans les deux sexes, mais surtout chez la femme, impressionnent profondément les centres nerveux. La longue immobilité, à laquelle sont condamnées ces malades, leur inaction prolongée, leurs souffrances physiques et les préoccupations morales de tout genre qui les obsèdent, les portent à exagérer singulièrement leurs sensations et leurs craintes.

Il n'est pas surprenant dans ces conditions que les interventions chirurgicales même les mieux conduites n'aient pas toujours le succès espéré.

Chez d'autres malades qui se plaignent tout autant, sinon plus que les précédentes, l'examen local le plus minutieux ne révèle aucune lésion. Il suffit que quelque personne de leur entourage vienne de subir une opération grave pour qu'elles croient éprouver les mêmes malaises dont se plaignaient celles-ci. Or, plus leur pensée se fixe sur les affections qu'elles redoutent, plus elles en ressentent les symptômes, et elles les décrivent parfois avec une précision déconcertante pour un médecin inexpérimenté. Il n'est pas rare de voir des femmes qui viennent consulter pour un kyste de l'ovaire, pour un fibrome, pour une grossesse presque à terme qui n'existe que dans leur imagination; quelques-unes réclament avec insistance une opération que rien ne motive; et il n'est certes pas facile de leur faire comprendre qu'elles se trompent.

(*Journal de Méd. et de Chirurgie pratiques*, 1917.)

33. Sténose cicatricielle très accentuée du col utérin. Grossesse, accouchement normal.

Grossesse survenue de façon tout à fait imprévue chez une femme de trente-cinq ans, présentant une sténose si prononcée de l'orifice cervical que l'on pouvait difficilement y faire pénétrer un stylet de trousse. Très dysménorrheique, elle était venue à l'hôpital pour y subir une dilatation, mais ses règles ne paraissant pas à l'époque régulière, on différa le traitement. Quelques semaines plus tard on put reconnaître une grossesse qui évolua normalement. L'accouchement fut terminé par une application de forceps, sans déchirure du col.

(*Soc. d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie*, 1904.)

34. Rétroflexion de l'utérus gravide. Grossesse angulaire enclavée dans le bassin. (En collaboration avec le Dr A. Ricard.)

L'intérêt principal de cette observation résidait dans la difficulté du diagnostic. La malade présentait, en même temps que des signes de grossesse, une masse plus grosse qu'un œuf de poule, très douloureuse au toucher, située en arrière et à gauche de l'utérus. Celui-ci, refoulé à droite, derrière la symphyse pubienne, était immobilisé et paraissait indépendant de la tumeur à laquelle on ne pouvait d'ailleurs imprimer aucun mouvement. Il était difficile de ne pas songer à une grossesse tubaire, et la laparotomie fut reconnue nécessaire. Or, même lorsque le ventre fut ouvert, le diagnostic restait encore incertain. Si l'on voyait l'utérus augmenté de volume, offrant l'apparence gravidique, la masse molle tuméfiée qui, en arrière de lui, était fixée dans le bassin, ressemblait aussi à une trompe distendue par une grossesse ectopique. Ce n'est qu'avec beaucoup d'efforts que l'on put ramener en avant cette masse qui

était constituée par la corne utérine gauche, très distendue et repliée derrière l'utérus. Il s'agissait d'un utérus rétrodévié, avec grossesse angulaire enclavée dans le bassin. L'utérus réduit, la grossesse suivit son cours normal.

(*Soc. d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie*, 1910.)

35. **Note sur un abcès gazeux de l'ovaire.** (En collaboration avec le Dr Ricard.)

Développement insidieux d'un vaste abcès occupant l'ovaire droit, survenu quelque temps après un accouchement, et vraisemblablement dû à une infection latente *post partum*. La tumeur remontait jusqu'au voisinage de l'ombilic. La pression à son niveau provoquait un déplacement de gaz perçu par la malade elle-même, mais rien n'indiquait le passage de ces gaz dans l'intestin. L'opération devint urgente à la suite d'une violente crise d'entérite, avec tendance au collapsus. Elle fut assez laborieuse, la tumeur étant très adhérente, dans le cul-de-sac de Douglas, principalement au rectum. Néanmoins il n'existait aucune trace de perforation intestinale. Les tuniques du rectum, en particulier, étaient absolument intactes.

La tumeur avait une apparence biloculaire due à la pression de l'utérus et c'est à cette disposition qu'était dû le déplacement des gaz. La tumeur avait à peu près la forme et les dimensions d'un gros estomac; sa partie inférieure renfermait un demi-litre de pus verdâtre horriblement fétide. Les gaz occupant la partie supérieure exhalaient aussi une odeur épouvantable. La malade guérit en cinq semaines. Elle s'est assez bien portée depuis, sauf quelques troubles constatés au sommet des poumons avant l'intervention, et qui persistent encore.

(*Soc. d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie*, 1909.)

36. Recherches sur les modifications de la pression artérielle au cours de la menstruation. (En collaboration avec M[lle] FRANCILLON.)

Nous avons observé, d'une période menstruelle à l'autre, la pression artérielle chez trente et une femmes ou jeunes filles bien portantes, ou atteintes d'affections qui ne troublaient pas sensiblement les fonctions utéro-ovariennes. Chez presque toutes nous avons constaté un accroissement de la pression artérielle au début de l'époque et un abaissement de cette pression au-dessous de la moyenne vers la fin de la menstruation. L'élévation de la pression est beaucoup plus accentuée dans le cas de dysménorrhée, et davantage encore chez les femmes qui se rapprochent de la ménopause.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1905.)

37. Note sur quelques cas de ménopause précoce.

Certaines femmes voient leurs règles disparaître dix ans, quinze ans, vingt ans même avant l'âge habituel de la ménopause. Chez quelques-unes d'entre elles, ce phénomène est en rapport avec diverses maladies chroniques, mais chez d'autres, cette suppression se produit alors qu'elles paraissent bien portantes, et pendant des années on ne constate aucun trouble grave de leur santé. Elles n'accusent même pas les malaises qui accompagnent si souvent la ménopause dans les conditions ordinaires, et surtout la ménopause prématurée résultant d'une opération chirurgicale.

Il s'agit, dans la plupart des cas de ce genre, de femmes dont l'appareil génital est resté presque toujours au-dessous de la moyenne. Réglées tard, peu fécondes, quelquefois stériles, elles avaient des ovaires de qualité médiocre. Aussi l'examen local permet-il de constater l'existence d'un utérus de petit volume avec

un col manifestement atrophié. Cette particularité permet d'en faire le diagnostic.

(*Soc. d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie*, décembre 1903.)

38. Essai de traitement de quelques métrites cervicales par la méthode de Bier. (En collaboration avec Mlle Grossmann.)

La ventouse de Bier employée seule ne donna pour ainsi dire pas de résultat. Suivie de pansements appropriés, les résultats furent meilleurs. En somme, la ventouse agit surtout en nettoyant le col, elle facilite ensuite l'action médicamenteuse.

(*Bull. Soc. d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie*, 1907.)

39. Traitement de la métrite cervicale par les scarifications linéaires.

La métrite cervicale chronique donne lieu à des altérations complexes du col : épaississement de la muqueuse qui fait saillie, au dehors de l'orifice, en ectropion, dégénérescence scléro-kystique de la paroi. Des scarifications linéaires, pratiquées au moyen d'une lame fine, comme on le fait pour les lupus, font disparaître la congestion vasculaire, l'épaississement de la muqueuse, dilacèrent et détruisent les petits kystes ; les tissus cicatrisés reviennent peu à peu, lentement, à un état très acceptable.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1900.)

40. La congestion utérine.

Grandeur et décadence de la congestion, son rôle véritable dans les affections utéro-ovariennes.

(*La Gynécologie*, 1899.)

41. La métrite parenchymateuse.

Forme trop oubliée de la métrite, elle mérite une place importante en raison des lésions spéciales auxquelles elle donne lieu. Ces lésions portent à la fois sur la muqueuse utérine et sur l'épaisseur du parenchyme utérin. Elle a le plus souvent pour point de départ un accouchement ou une fausse couche; une infection, même banale, venant surprendre l'utérus en pleine évolution, celle-ci s'arrête, et l'utérus reste gros, sensible. Ces conditions impriment à la métrite des allures spéciales, des douleurs plus accentuées, des poussées congestives, une tendance à la rétro-dérivation, etc.

(*La Gynécologie*, 1902.)

42. Les lymphangites péri-utérines. (En collaboration avec le Dr Émile Coudert.)

Les lymphangites sont la cause habituelle des complications qui surviennent dans le tissu cellulaire pelvien. Elles ont leur point de départ dans le col, et sont dues le plus souvent à des traumatismes : déchirures du col au cours des accouchements ou à la suite de certaines tentatives de thérapeutique. Ces lymphangites donnent lieu à des phlegmons du paramétrium et du ligament large aboutissant parfois à de vastes abcès, mais susceptibles aussi de se terminer par résolution. Leurs conséquences, dans ce cas, sont moins graves pour la femme que celles des salpingites.

(*La Gynécologie*, 1902.)

43. La puberté et l'éducation des jeunes filles.

Dans une conférence faite à l'École des Hautes Études sociales au nom de la Ligue Française d'Hygiène scolaire, j'ai exposé les inconvénients que présente, pour les jeunes filles, l'oubli trop fréquent de

l'hygiène à l'époque de la crise de la puberté. Le développement physique intense de l'organisme, l'accroissement du squelette, les modifications de l'appareil génital, ont leur répercussion sur tout l'organisme, aussi est-il dangereux d'oublier les exigences du développement physique en se préoccupant de façon trop exclusive de l'instruction. Les excès de travail intellectuel, l'abus de la vie sédentaire offrent à cet âge de sérieux inconvénients, contre lesquels il importe de mettre en garde les familles.

(*L'Hygiène scolaire*, 1907.)

44. **Métrorragies et rétentions placentaires.** (*Journ. des Praticiens*, 1904.)

Les hémorrragies que l'on observe chez les jeunes femmes sont, plus souvent qu'on ne le croit, liées à des rétentions placentaires consécutives à des fausses couches méconnues. Ces rétentions sont d'autant plus trompeuses qu'elles ne donnent lieu, parfois, à aucun accident infectieux.

45. **La congestion utérine et la métrite parenchymateuse.** (*Bulletin Médical*, 1902.)

46. **Diagnostic et traitement des métrites hémorragiques.** (*Journ. de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1902.)

47. **Le diagnostic de la grossesse.** (*Journ. de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1898.)

48. **La métrite des jeunes mariées.** (*Journ. des Praticiens*, 1905.)

49. **Maladies des organes génitaux de la femme.** (*Traité de Médecine et de Thérapeutique*, Brouardel et Gilbert.)

Lorsque mon excellent et regretté maître Brouardel et A. Gilbert acceptèrent de diriger la publication du *Traité de Médecine et de Thérapeutique*, la gynécologie médicale semblait avoir vécu. Ses représentants les plus qualifiés, Bernutz, Gallard, Martineau, F. Siredey, Dumontpallier venaient de disparaître. Les merveilleuses découvertes de Pasteur ouvraient aux chirurgiens et aux accoucheurs un domaine nouveau que leurs remarquables succès semblaient leur assurer sans conteste. Sans méconnaître le rôle prépondérant que devait définitivement prendre la chirurgie dans le traitement des graves affections génitales, depuis longtemps au-dessus de la thérapeutique médicale, Brouardel et Gilbert pensèrent qu'il convenait de faire dans un ouvrage didactique, purement médical, une part à la gynécologie, et ils voulurent bien me confier la rédaction de cet article. Dans les limites un peu étroites du cadre qui m'était tracé, je me suis efforcé de résumer les notions de pathologie médicale qui font partie essentielle de la gynécologie, en montrant que l'appareil génital de la femme ne saurait être considéré comme un territoire autonome. Il est soumis aux lois communes de la circulation et de la nutrition, aux influences diathésiques qui se manifestent chez lui par des troubles variés. Ses rapports de contiguïté avec les viscères voisins, les relations que lui assure le système nerveux, avec des organes plus ou moins éloignés, l'associent dans une certaine mesure à des maladies qui ont leur origine en dehors de lui et favorisent la répercussion sur l'économie tout entière des phénomènes pathologiques et même physiologiques, dont il est le siège.

C'est ainsi que les accidents de la puberté relèvent avant tout de désordres de la santé générale. Le développement rapide intense que subit l'organisme, au moment de l'instauration menstruelle, diminue sa résistance et favorise l'éclosion ou le réveil de diverses

tares, jusque-là latentes : dyspepsies, affections cardiaques, névroses, tuberculose, etc. Les altérations des glandes vasculaires sanguines liées à diverses infections ou intoxications viennent parfois retarder ou compromettre les fonctions ovariennes.

Les ménorragies, les irrégularités menstruelles, l'aménorrhée que l'on observe chez des jeunes filles sont presque toujours liées à des troubles de la santé générale. Il en est souvent de même de la dysménorrhée. Mais l'aménorrhée et la dysménorrhée peuvent dépendre aussi de lésions locales héréditaires ou acquises : développement incomplet de l'appareil génital, atrophie de l'utérus ou de ses annexes, flexion exagérée de l'utérus, atrésie cervico-utérine, ovarite scléreuse ou sclérokystique, etc.

Comme ceux de la puberté, les accidents de la ménopause sont le plus souvent la conséquence de troubles de la santé générale. Parmi ces troubles, les uns dépendent d'une insuffisance de diverses glandes endocrines, que l'on est en droit de rattacher aux modifications de l'ovaire, et qui caractérisent la ménopause. Les autres relèvent de dystrophies scléreuses de l'appareil circulatoire, d'altérations du cœur, du foie ou des reins, de désordres du système nerveux dans la genèse desquels les transformations de l'appareil génital n'entrent que pour une faible part.

En dehors des troubles accompagnant la puberté ou la ménopause, on peut observer à toutes les périodes de la vie génitale des congestions primitives ou secondaires, celles-ci dépendant de modifications de l'appareil circulatoire, d'affections du foie ou des reins, tandis que les premières sont en quelque sorte spontanées. Le plus souvent caractérisée par des hémorragies, la congestion revêt parfois la forme sèche, donnant lieu à des douleurs, à des sensations de ténesme vésical ou rectal, à une hyperesthésie de l'abdomen rappelant le péritonisme.

Quelquefois ces utérus, sujets aux poussées congestives, subissent plus tard la dégénérescence scléreuse avec ou sans hypertrophie de l'organe, surtout si les malades à la suite d'accou-

chements ou de fausses couches ont présenté un arrêt d'involution.

Les métrites proviennent toujours d'une infection. Les infections banales, très fréquentes, généralement sans aucune gravité sont dues à de simples saprophytes, hôtes habituels du vagin; il se rencontre parmi eux des germes pathogènes, comme le staphylocoque, le streptocoque; leur virulence est en général atténuée. Les microbes réellement dangereux sont d'origine exogène, et parmi eux, surtout *le streptocoque* dont l'action est si grave sur les accouchées, et *le gonocoque* qui joue un rôle si important dans la pathologie génitale.

De l'utérus, l'infection peut gagner les trompes, le tissu cellulaire péri-utérin, le péritoine pelvien; et c'est ainsi que se développent les déterminations variées des infections génitales dont la forme très limitée de ce travail ne m'a permis de tracer qu'une esquisse sommaire.

La plupart des métrites sont justiciables de soins purement médicaux ou de pansements ne dépassant pas les limites de la petite chirurgie, par conséquent, à la portée de tous les médecins.

Quant au traitement médical des salpingo-ovarites, de la pelvipéritonite, du phlegmon du ligament large, il a pour base essentielle le repos absolu au lit, des cures thermales, des cures d'air dans leurs formes bénignes; mais la surveillance du chirurgien est souvent indispensable si l'on veut éviter l'ouverture spontanée de collections purulentes dans les viscères voisins et des opérations tardives trop souvent inefficaces.

Cet article, qui comprenait à peine 100 pages dans le 5e volume du *Traité de Médecine et de Thérapeutique* paru en 1898, a pris plus d'extension dans le *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique*, publié en 1905 et surtout dans les trois tirages successifs, qui, suivant l'intention de ceux qui le dirigent, réalisent autant d'éditions nouvelles qui permettent de tenir cet ouvrage au courant des progrès de la science médicale.

50. Hygiène des maladies de la femme.

Ce petit volume, qui est avant tout une œuvre d'hygiène et de prophylaxie, renferme en réalité une esquisse assez complète des maladies de l'appareil génital de la femme.

En dehors des tumeurs, de quelques malformations congénitales ou acquises, de lésions accidentelles succédant à des accouchements ou à des traumatismes, les affections génitales de la femme ont une origine assez simple : elles résultent d'infections ou de dystrophies. Leur thérapeutique est également peu compliquée : elle repose en grande partie sur l'hygiène, qui doit mettre les organes génitaux à l'abri des germes et défendre l'ensemble de l'organisme contre les infections et intoxications menaçant son équilibre.

L'ouvrage comprend 5 parties : *hygiène de la femme saine*; *dystrophies et déviations*; *les infections génitales*; *maladies des annexes de l'utérus*; *les tumeurs*. Je n'en résumerai que très sommairement ici les vues générales.

I. Les mesures d'hygiène, sans aucune exagération, s'imposent dès la naissance pour défendre la fillette contre des infections toujours possibles. Les contagions familiales, scolaires, hospitalières, jouent un rôle important dans l'infection gonococcique, la plus grave de celles qui peuvent atteindre les enfants dans le jeune âge. Aussi doit-on exiger que les fillettes couchent seules dans un lit, que les objets destinés à la toilette et aux soins quotidiens soient rigoureusement personnels, et veiller à ce que les organes génitaux soient d'une propreté minutieuse; c'est ce qui résume à peu près, jusqu'à la puberté, toute la prophylaxie génitale.

Avec la puberté, d'autres préoccupations surgissent : il faut, dès la période prépubère, surveiller l'organisme et s'assurer que les divers appareils sont dans des conditions normales. Une bonne hygiène du tube digestif, des voies respiratoires, du système ner-

veux, etc., facilitera l'évolution de la puberté; on ne devra jamais oublier que tous les appareils de l'économie sont solidaires. Une surveillance attentive des enfants à cet âge leur évitera plus tard bien des ennuis et des déceptions.

Lorsque la menstruation s'est établie, elle ne comporte pas de soins spéciaux, elle ne demande que des précautions basées encore sur la propreté locale, sur une bonne hygiène générale, sur une association rationnelle de l'activité physique à la culture intellectuelle, de manière à réaliser dans la plus large mesure l'équilibre de l'organisme. Nombre de crises d'aménorrhée, de dysménorrhée, d'irrégularités menstruelles, de ménorragies, sont en rapport avec le surmenage, les réclusions excessives, une alimentation défectueuse, un fonctionnement insuffisant de l'intestin, etc. Aussi, le plus souvent, n'est-ce pas par un traitement local que l'on remédiera à des désordres des fonctions menstruelles, mais par une surveillance plus attentive de l'hygiène générale. En un mot, sauf quelques exceptions, la pathologie génitale de la jeune fille relève le plus souvent de la santé générale et cette notion est encore trop étrangère aux familles et à beaucoup de médecins.

Avec le mariage s'accentuent les dangers d'infection : contagions se produisant dès le début du mariage, infections consécutives à un accouchement, à une fausse couche méconnue, infections locales, à caractères banaux, de nature saprophytique, d'ailleurs peu graves. Ici, il faut bien en convenir, une bonne part de la prophylaxie repose surtout sur l'homme qui devrait être éclairé sur le grave danger pour la femme des contagions dont elle est trop souvent victime.

Mais l'infection ne résume pas toute la pathologie génitale : l'insuffisance de l'involution *post partum*, les déviations utérines, la tendance au prolapsus, exigent une surveillance et des soins qui, bien dirigés, mettront la femme à l'abri de graves infirmités et d'inconvénients pénibles. Ici encore, mieux vaut prévenir que guérir.

La ménopause, comme la puberté, s'accomplira normalement, sans secousses, dans un organisme en parfait équilibre. Les troubles les plus habituels ne se rencontrent pas dans l'appareil génital, il faut en chercher souvent la cause dans une circulation défectueuse, dans une insuffisance de fonctions intestinales, hépatiques ou rénales. Mais certaines affections des organes génitaux qui deviennent plus fréquentes ou plus graves à cet âge, réclament toute la sollicitude du médecin.

II. L'hygiène peut jouer encore un rôle très important pour prévenir les troubles fonctionnels et dystrophiques tels que la congestion utérine, la congestion ovarienne, la sclérose utérine, la dégénérescence scléro-kystique des ovaires, ou pour en atténuer les inconvénients.

Il en est de même pour les déviations et déplacements que l'on doit souvent prévenir et parfois guérir par un traitement kinésithérapique institué à leur début.

III. Avec les infections génitales, l'hygiène doit céder le pas à la thérapeutique, mais elle constituera souvent un élément thérapeutique de premier ordre, que pourra renforcer de temps à autre une intervention pharmacologique discrète. Et même dans les graves infections de l'utérus ou des annexes, elle exercera encore une influence bienfaisante, si elle s'applique à maintenir la résistance physique et morale des malades.

IV. Le rôle de l'hygiène est singulièrement réduit lorsqu'il s'agit des tumeurs, il ne saurait cependant être complètement oublié. Si l'évolution des fibromes ne peut être enrayée, il est possible quelquefois d'en pallier les inconvénients et de préparer les malades à supporter les graves interventions qui doivent assurer leur guérison.

Ces considérations s'appliquent encore dans une certaine mesure aux affections cancéreuses.

(*Bibliothèque d'hygiène thérapeutique*, fondée par le professeur Proust; Masson, Paris, 1907.)

51. **Traité de Gynécologie médico-chirurgicale.** (En collaboration avec le Dr J.-L. Faure.) Volume de 1.011 pages avec 564 figures dont 96 consacrées à l'histologie normale ou pathologique. Doin, Paris, 1911.

La partie chirurgicale a été magistralement traitée par le Dr J.-L. Faure, et illustrée de belles planches qui ont contribué beaucoup au succès de l'ouvrage. L'œuvre du médecin représente très exactement la moitié du volume; je ne signalerai ici que les chapitres dans lesquels sont exposés quelques vues originales. Elle comprend : *Un résumé de l'histologie normale et de la physiologie de l'appareil génital* (avec 19 figures inédites), *la séméiologie et la thérapeutique générale des affections génitales, les troubles fonctionnels et dystrophiques, l'étude clinique des déplacements et déviations de l'utérus, la pathologie générale des infections génitales, l'étude clinique des vulvites, des vaginites, du vaginisme, l'étude anatomo-pathologique et clinique des métrites, et de la syphilis des organes génitaux.*

Si la description clinique des salpingo-ovarites, des infections péri-utérines, de la tuberculose, des cancers, des myomes, a fait l'objet d'une collaboration étroite, qui ne permet pas de préciser la part de chacun des auteurs, *l'étude histologique des salpingites, des myomes, du cancer* a été abandonnée presque exclusivement au médecin.

L'étude histologique des organes génitaux et de leur physiologie se borne à un résumé des notions classiques; les 19 figures qui l'accompagnent sont la reproduction de coupes faites dans mon laboratoire.

Séméiologie.

La séméiologie a été exposée de façon très détaillée, comme il convenait de le faire dans un ouvrage didactique qui doit apprendre aux élèves la façon d'interroger les malades, de les examiner,

puis d'interpréter les renseignements révélés par les diverses investigations, d'apprécier la valeur de la leucorrhée, des modifications de la menstruation, aménorrhée ou ménorragies, etc., l'importance et la signification de la douleur, etc., celle des nombreux troubles fonctionnels qui accompagnent les affections génitales, ou qui ont, à leur tour, un retentissement sur elles. Il était rationnel de donner à la suite de cette étude une esquisse de la thérapeutique générale des affections génitales : repos, applications froides ou chaudes, injections vaginales, injections intra-utérines, balnéation, hydrothérapie, kinésithérapie, cures thermales, électrothérapie, radiothérapie, radiumthérapie, etc.

Troubles fonctionnels et dystrophiques.

La description des troubles fonctionnels et dystrophiques constitue une des parties originales de l'ouvrage.

Les accidents de la puberté, comme les accidents de la ménopause, relèvent exclusivement de la médecine dans la plupart des cas. Les troubles de la santé générale sont habituellement la cause des désordres survenus dans les ovaires, qui retardent, troublent, ou arrêtent le fonctionnement de l'appareil génital. La puberté tardive, l'aménorrhée, la dysménorrhée, les irrégularités menstruelles, les ménorragies, sont la conséquence de tuberculose, de syphilis héréditaire, de maladies infectieuses variées ou même d'intoxications, qui ont déterminé des lésions des ovaires ou des autres glandes endocrines, car les surrénales, l'hypophyse, et surtout le corps thyroïde, exercent une action très marquée sur les fonctions ovariennes, et ces mêmes glandes subissent le contrecoup des troubles de ces fonctions.

La crise de la puberté, dont on a fort exagéré l'importance, s'accomplit presque sans secousse dans un organisme sain ; elle réclame une surveillance attentive dans un organisme débile, peu résistant, car les accidents ne se limitent pas aux fonctions géni-

tales, ils peuvent avoir leur répercussion sur toute l'économie.

Il en est à peu près de même à l'époque de la ménopause : l'âge critique est loin de justifier toujours sa fâcheuse réputation, mais pour les organismes tarés, il constitue quelquefois un tournant dangereux; les diverses tares de l'organisme peuvent se faire sentir de façon fâcheuse sur l'appareil génital, et la suppression des fonctions ovariennes, par sa répercussion sur les autres glandes vasculaires sanguines, entraîne parfois des désordres sérieux dans toute l'économie.

Mais ce n'est pas seulement aux deux pôles de la vie génitale qu'il faut limiter ces associations pathologiques ; elles se font sentir pendant toute la période active des organes de la reproduction. Les ménorragies, les irrégularités menstruelles, l'aménorrhée, dépendent souvent de désordres de l'appareil circulatoire ou du système nerveux, d'altérations du foie, des reins, d'auto-intoxications d'origine intestinale, etc., et sont, à ce point de vue, tributaires d'un traitement médical.

La congestion utéro-ovarienne, dont les anciens auteurs avaient, par leurs exagérations, fait oublier l'importance, mérite réellement d'être prise en considération. Nombre de désordres pelviens, de douleurs, de métrorragies sont en rapport avec une exagération des fonctions menstruelles, résultant de fatigues exagérées, d'excitations locales, et ne s'accompagnent d'aucune lésion réelle de l'appareil génital.

Cependant, ces utérus et ces ovaires prédisposés aux congestions réclament une certaine surveillance, car ils présentent quelquefois des troubles dystrophiques, une tendance à la sclérose, avec ou sans hypertrophie de l'organe. Il n'est pas rare d'observer, à l'époque de la ménopause, des hémorragies abondantes répétées, alors que l'examen le plus minutieux ne révèle pas de fibromes, et si quelques utérus enlevés dans ces conditions, pour parer au danger de métrorragies graves, renferment de petits myomes rudimentaires, reconnaissables seulement au microscope, il en est, en

plus grand nombre, sur lesquels on ne constate qu'une sclérose diffuse, avec épaississement marqué des tuniques artérielles, sans aucune formation nodulaire rappelant même de très loin un myome au début.

Les congestions ovariennes et les dystrophies qui paraissent en être la conséquence sont encore plus importantes, parce qu'elles se font sentir de façon plus précoce, et pèsent sur toute la vie génitale de la femme. Elles ont pour conséquence des troubles graves de la puberté : apparition plus ou moins tardive des règles ou menstruation précoce, avec irrégularités menstruelles ou tendances hémorragiques parfois très prononcées, et surtout, dysménorrhée habituelle, tenace, rebelle, caractérisée par des douleurs prémenstruelles s'accentuant de plus en plus avec l'âge; cet état s'accompagne fréquemment d'entérite, d'appendicite et de troubles nerveux. L'ensemble de ces malaises, parfois très complexes, constitue une véritable infirmité permanente. Et chez la plupart de ces femmes, on constate une dégénérescence scléro-kystique des ovaires, mais il s'agit presque toujours d'ovaires à petits kystes n'ayant pas de tendance à grossir; on est d'ailleurs surpris, lorsqu'on opère ces malades, de la disproportion qui existe entre les lésions appréciables à l'œil nu et les symptômes que l'on avait observés.

Ces désordres relèvent sans doute de prédispositions imputables au neuro-arthritisme, à l'hérédo-syphilis, à l'hérédo-tuberculose, mais ils dépendent, dans une large mesure, d'auto-intoxications résultant d'un mauvais fonctionnement du foie, de l'intestin, et souvent d'une mauvaise hygiène. Aussi, la plupart de ces malades sont-elles justiciables d'un traitement général, d'autant plus efficace qu'il sera institué dès le début. L'intervention chirurgicale que les souffrances continuelles rendent parfois indispensable n'apporte pas toujours un soulagement définitif.

La description de ces troubles fonctionnels et de ces dystrophies se termine par une étude de la stérilité qui en est généralement la conséquence, lorsqu'elle n'est pas d'origine masculine, comme on

l'observe plus souvent qu'on ne le croit. Les malformations de l'appareil génital, les déviations, l'ovarite scléro-kystique, les salpingo-ovarites, en sont les causes les plus habituelles. Il faut y ajouter la métrite gonococcique si fréquente chez les jeunes mariées. Nombre de jeunes femmes inféconde sont atteintes de ces métrites cervicales, chroniques d'emblée, à évolution lente, presque latentes, si rebelles à la thérapeutique, qui sont dues à une urétrite chronique du mari.

Dans la plupart de ces cas, un traitement médical et hygiénique peut encore avoir les plus heureuses conséquences.

Déplacements et Déviations de l'utérus.

On n'a pas suffisamment distingué les déviations primitives, congénitales, des déviations secondaires, acquises. Celles-ci sont le plus souvent consécutives à un accouchement ou à une fausse couche et elles résultent d'une involution défectueuse de l'utérus. Quelques déviations sont exceptionnellement la conséquence d'efforts.

Les déviations primitives sont dues à un trouble de développement ; on les rencontre même chez de très petites fillettes, comme nous le montrons, mon chef de laboratoire H. Lemaire et moi, par une planche représentant une vingtaine d'utérus recueillis à l'hôpital des Enfants-Malades. Fréquemment ces utérus déviés sont petits, grêles, ils ont une courbure en crosse de parapluie et il existe souvent une brièveté insolite du vagin. Il en résulte une vive irritation des culs-de-sac vaginaux et péritonéaux, sous l'influence des traumatismes physiologiques, de l'introduction d'une canule, d'explorations digitales, d'où la périmétrite qui complique si fréquemment la rétrodéviation (Th. de mon ancien interne Deroye). Dans ces conditions, la moindre infection, fût-elle d'origine saprophytique, aggrave singulièrement la situation. La métrite entraîne, dans ce cas, une inflammation du cul-de-sac de Douglas qui provoque des adhérences parfois définitives, et si elle se

complique de salpingite, les trompes et les ovaires prolabés contractent des adhérences avec le fond de l'utérus, avec le rectum, qui donnent lieu à des accidents très pénibles, au moment des règles, à la suite de fatigue, de constipation ou de poussées d'entérite. La rétroflexion, par la pression qu'elle exerce sur le rectum, a, sur l'intestin, un retentissement beaucoup plus marqué que les autres déviations. Enfin, l'utérus rétrodévié tend à s'abaisser, ce qui ajoute encore aux malaises si pénibles que ressentent les malades. La rétrodéviation constitue, dans un trop grand nombre de cas, une réelle et pénible infirmité.

Infections génitales.

L'étude des infections génitales occupe la plus grande partie du volume. Après avoir résumé l'historique des infections génitales, je me suis efforcé d'exposer aussi clairement que possible l'état actuel de la question. Parmi les nombreux microbes que l'on rencontre sur les muqueuses des voies génitales, quelques-uns seulement doivent être considérés comme pathogènes ; le streptocoque, agent habituel des infections puerpérales, plus rarement le pneumocoque, le staphylocoque, le colibacille, le bacille de la tuberculose; mais c'est surtout le gonocoque qui paraît dominer la pathologie génitale de la femme. Ses méfaits dépassent de beaucoup ceux de tous les autres microbes réunis. Cantonné dans les glandes du col, dans les follicules péri-uréthraux, dans les glandes de Bartholin, il offre une résistance décourageante à la thérapeutique. L'infection est favorisée par les traumatismes locaux de tout genre, par la fatigue, par la menstruation, par l'état puerpéral.

L'infection pénètre généralement de dehors en dedans par la continuité des muqueuses, mais elle peut se faire aussi par la voie sanguine, comme on l'observe dans la tuberculose, par les lymphatiques, lorsqu'il existe des adhérences avec l'intestin, comme on le voit dans les suppurations pelviennes de l'appendicite ou de

la fièvre typhoïde. Les maladies générales n'ont qu'un faible retentissement sur les infections génitales. En dehors des complications infectieuses diffuses que l'on peut observer dans l'organisme, au cours des suppurations ou de l'infection gonococcique, ce n'est guère que dans leurs formes chroniques que les maladies génitales retentissent sur l'économie; et elles le font surtout par l'intermédiaire du système nerveux.

Les inflammations de la vulve relèvent le plus souvent d'infections exogènes, dont la blennorragie représente le type le plus complet et le plus important, même chez les petites filles, mais elles peuvent aussi dépendre d'infections endogènes : les aphtes, l'herpès, sont l'expression habituelle d'autres infections. La gangrène de la vulve apparaît au cours de certaines maladies infectieuses.

Le vagin, simple lieu de passage, n'a pour ainsi dire guère de pathologie propre, il participe aux infections de la vulve et de l'utérus.

La description du *vulvo-vaginisme* constitue, je crois, un résumé assez clair de la question. Il consiste en une *contracture spasmodique douloureuse du canal vulvo-vaginal* provoquée par une hyperesthésie toute spéciale des organes génitaux. Il est habituellement la conséquence de fissures, d'érosions de l'orifice vulvaire, mais il suffit de vésicules d'herpès, d'eczéma, d'une inflammation légère de la muqueuse pour le provoquer; les fissures ou polypes de l'urètre, les hémorroïdes et les fissures anales peuvent également lui donner naissance. Il en est de même de quelques déchirures du col utérin, et surtout des lésions du cul-de-sac de Douglas, péritonite localisée, ovaires et trompes prolabés, utérus rétrodévié, brides vaginales ou péritonéales, etc., *lorsque la prédisposition existe*. Or, celle-ci est créée par la nervosité du sujet, et quelquefois par des circonstances morales que le médecin doit chercher à connaître.

Le spasme n'est pas limité au constricteur de la vulve, il s'étend au releveur de l'anus et apporte un obstacle presque invincible à l'exploration même la plus expérimentée.

Les métrites.

Les métrites : J'ai exposé précédemment les recherches que j'ai faites sur les lésions histologiques des métrites. Je n'indiquerai ici que quelques particularités de leur évolution clinique sur lesquelles j'ai appelé l'attention.

Quel que soit l'agent pathogène de la métrite, les altérations anatomiques ne diffèrent que par des nuances : il en est de même des symptômes.

Toutes les métrites donnent lieu à une leucorrhée plus ou moins abondante ; mais, nulle part, les pertes blanches ne sont aussi accentuées que dans *la métrite blennorragique*. Le catarrhe muco-purulent épais, qui descend du col sous l'aspect d'une grosse mèche gélatiniforme, est presque caractéristique de la maladie. Les cols déchiquetés, épaissis, parfois très déformés, que l'on observe dans les infections consécutives aux accouchements, ne présentent pas, en général, cette glaire si adhérente qu'on ne peut la détacher. L'association d'urétrite, de folliculite péri-urétrale, de bartholinite, vient d'ailleurs quelquefois confirmer le diagnostic. Particulièrement tenace, indéfiniment localisée au col, la métrite blennorragique est l'une des affections les plus rebelles à la thérapeutique. L'écoulement se modifie avec l'évolution de la maladie, il est de plus en plus clair, les gonocoques que l'on trouvait surtout sur les leucocytes ou sur les cellules épithéliales se rencontrent en dehors des cellules, puis ils sont moins nombreux et semblent disparaître; cependant, on en retrouve encore immédiatement avant ou après les règles; ce détail est d'ailleurs confirmé par la contagiosité intermittente de ces malades.

La métrite puerpérale, le plus souvent d'origine streptococcique, a pour caractéristique l'augmentation de volume de l'utérus par arrêt d'involution. Dans ses formes aiguës, elle peut donner lieu à des accidents d'une extrême gravité. Dans sa forme chronique, de beaucoup la plus fréquente, elle peut encore aboutir à des

lésions annexielles, à des lymphangites pelviennes avec ou sans abcès. Le col dur, un peu béant, l'aspect cylindroïde de l'utérus augmenté de volume, restant le plus souvent en position droite avec tendance à la rétroversion, sont les principaux éléments du diagnostic.

Dans certains cas, d'ailleurs fréquents, c'est encore l'infection gonococcique qui vient surprendre l'utérus avant que son involution soit achevée, d'où la coïncidence des caractères morphologiques de l'utérus mal involué avec la grosse glaire des cols blennorragiques.

Les métrites banales, saprophytiques ont pour caractère essentiel leur bénignité, leur amélioration très rapide en dépit des premières apparences de la maladie. *La métrite des jeunes mariées* en est un exemple concluant; malgré l'irritation très vive des muqueuses, l'abondance des écoulements, quelques jours de repos et des injections alcalines tièdes amènent la guérison. C'est souvent une thérapeutique excessive qui, augmentant l'irritation locale, entretient et prolonge les accidents

Néanmoins, s'il existe une conformation défectueuse des organes, un utérus rétrodévié par exemple avec brièveté anormale du vagin, malformation d'ailleurs assez fréquente, les traumatismes physiologiques et autres, les tendances congestives exagérées par la marche, la station debout prolongée, provoquent des malaises de plus en plus accentués. La métrite se complique de périmétrite, d'adhérences dans le cul-de-sac de Douglas et la maladie dégénère en une très pénible infirmité.

Aux deux pôles de la vie génitale, la métrite présente des particularités qui motivent une description spéciale. Relativement rare, *la métrite virginale* s'observe surtout dans un utérus fortement fléchi, en avant ou en arrière. Il est probable que la rétention des mucosités dans la cavité utérine, en position déclive, facilite l'infection locale.

La métrite des vieilles femmes semble emprunté à la mauvaise

nutrition des tissus des tendances nécrosiques se traduisant par des écoulements fétides et quelquefois par des hémorragies, en rapport avec une muqueuse friable.

On a décrit sous le nom de *métrites hémorragiques* des affections diverses de l'utérus dont le symptôme principal est constitué par des pertes de sang plus ou moins abondantes et prolongées.

Cette appellation, éminemment trompeuse, répond à des états très différents qu'il est impossible de réunir dans la même description.

On y rencontre surtout des fausses couches méconnues avec rétention placentaire, des polypes muqueux ou fibreux, des myomes au début, alors que l'on ne constate pas encore d'augmentation de volume de l'utérus, des scléroses utérines sans myomes véritables, qui, à l'époque de la ménopause, donnent lieu à des hémorragies parfois très graves, et même des épithéliomas au début, qui peuvent apparaître à tout âge, quoiqu'on l'oublie trop souvent.

En dehors de ces diverses affections qu'une observation de quelques jours, des explorations intra-utérines par le doigt ou au moyen de la curette permettront assez rapidement de reconnaître, il existe encore, parmi ces malades, quelques femmes dont les hémorragies sont en rapport avec des altérations de la muqueuse (*métrites villeuses*) ou avec un épaississement adénomateux de la couche glandulaire. Chez d'autres enfin, il s'agit d'hémorragies qui relèvent de la santé générale et ne s'accompagnent d'aucune altération de la muqueuse ou du parenchyme utérin.

Depuis que la notion de l'infection domine toute la pathologie génitale, on ne s'occupe habituellement que de l'endométrite, et on perd de vue la *métrite parenchymateuse* des anciens auteurs, que beaucoup d'auteurs confondent avec *l'hypertrophie scléreuse* limitée, qui accompagne les altérations de la muqueuse utérine, et dont le type le plus fréquent est constitué par la dégénérescence scléro-kystique du col au cours des métrites cervicales chroniques.

La véritable *métrite parenchymateuse* est un peu différente, elle est constituée comme je l'ai dit plus haut, par la diffusion du pro-

cessus infectieux sur le parenchyme d'un utérus incomplètement involué, qui reste gros, épaissi, légèrement béant. Il donne lieu à dss sensations de pesanteur accentuée, à des écoulements abondants et d'une persistance désespérante. Il s'agit bien d'uns variété de métrite plus pénible, plus persistante, et qui mérite une description à part.

Le traitement des métrites a été exposé assez longuement, il varie suivant les cas, mais on ne doit pas oublier qu'il doit être réduit à de simples soins hygiéniques dans les métrites banales, et qu'il est prudent de s'abstenir d'explorations inopportunes, d'injections intra-utérines, de l'introduction de crayons ou de mèches, causes fréquentes de lymphangites péri-utérines.

Ma contribution à l'étude des salpingo-ovarites se résume à quelques recherches histologiques sur les altérations des ovaires et des trompes, à quelques détails de la description cliniqus des affections annexielles, à la discussion du diagnostic et des indications opératoires.

Les salpingo-ovarites sont quelquefois confondues avec les autrss tumeurs pelviennes : fibrome, hématocèle, grossesse tubaire, utérus rétrofléchi, kystes dermoïdes, kystes ovariques, etc.

Dans tous les cas difficiles, laissant quelque hésitation, on doit recourir au toucher rectal qui permet d'explorer plus profondément, de contourner les lésions, de se rendre mieux compte de leur forme, de leur consistance, de leurs connexions.

Avec les tumeurs, la collaboration du médecin diminue. Je ne puis revendiquer, pour les fibromyomes, que la pathogénie et l'étiologie, l'une et l'autre reposant encore sur des vues théoriques plutôt que sur des faits bien et dûment démontrés, l'histologie des fibromes que j'ai résumée plus haut, et enfin une certaine part dans les symptômes et dans la discussion du diagnostic.

Les conditions ont été à peu près les mêmes pour le cancer, ma collaboration principale a porté sur l'anatomie pathologique et sur la discussion du diagnostic.

52. **Traité de gynécologie médico-chirurgicale** (2[e] édition). Doin, Paris, 1914.

La seconde édition du *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale* a été accrue de 130 pages environ et sensiblement améliorée par l'adjonction de figures coloriées pour les planches chirurgicales, et de plus de trente figures nouvelles consacrées à des préparations histologiques.

De plus amples développements ont été consacrés à la physiologie de l'appareil génital, en particulier à la menstruation, à la formation des corps jaunes et à leur rôle dans l'équilibre des fonctions génitales.

Il a été fait également une part plus large aux syndromes polyglandulaires dans la genèse des troubles de la menstruation.

De nouvelles observations nous ont permis de faire au radium la part qu'il mérite dans le traitement des cancers inopérables.

Enfin, personnellement, j'ai pu étudier de nombreuses coupes de cancer utérin et tracer avec plus de précision l'évolution du cancer. La description clinique du cancer a été faite avec plus de précision, en envisageant successivement ses localisations sur le museau de tanche, sur la muqueuse intracervicale, et sur la muqueuse du corps utérin, qui correspondent à trois formes différentes de la maladie. Nous avons insisté, mon collaborateur et moi, sur l'importance d'un diagnostic précoce et d'interventions aussi hâtives que possible, c'est la condition fondamentale du succès.

53. **Tratado de Gynecologia, Faure y Siredey**, édit. Saturnino Callijo, Madrid (*Biblioteca de Ciencias Medicas Tenera Serie.*)

Une édition espagnole du *Traité de gynécologie médico-chirurgicale* a paru en 1912. L'ouvrage a été publié en quatre tomes dont un constitue une sorte d'atlas renfermant la plupart des figures.

MÉDECINE GÉNÉRALE

54. **Tabes et hystérie. Hémispasme glossolabié du côté gauche simulant une paralysie faciale inférieure droite chez un tabétique.**

Simple fait clinique, intéressant à plusieurs points de vue : 1° par la marche insolite du tabes qui a débuté par des troubles trophiques ; 2° par la coexistence du tabes et de l'hystérie ; 3° par la manifestation monosymptomatique de l'hystérie sous la forme de spasme glosso-labié à l'exclusion de tout autre trouble sensitif ou moteur.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1891.)

55. **Observation de lipomes multiples et symétriques chez un malade atteint de rhumatisme articulaire subaigu avec purpura des membres inférieurs.** (*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1892.)

56. **Note sur un cas d'hémoglobinurie paroxystique.** (En collaboration avec MARCEL GARNIER.)

Simple observation complète et détaillée, montrant les très grandes difficultés que l'on éprouve à donner une interprétation nette et décisive de cette curieuse affection.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1895.)

57. Note à propos de l'épidémie cholérique.

Après avoir présenté une étude d'ensemble sur 104 cholériques soignés à l'Hôtel-Dieu annexe, dont 49 ont succombé, j'ai insisté sur les accidents d'auto-intoxication qui caractérisent la réaction pseudo-méningitique que présentent certains cholériques après la période d'algidité. Ils paraissent en voie d'amélioration, de relèvement, lorsque surviennent du délire, des phénomènes convulsifs, souvent des érythèmes scarlatiniformes, des urines albumineuses renfermant des quantités considérables d'indican. Sur 15 cholériques chez lesquels j'ai observé ces accidents, 8 sont morts. Il s'agit vraisemblablement de manifestations septicémiques analogues à celles que Roger a pu provoquer expérimentalement chez des animaux.

(*Bull. Soc, méd. des Hôpitaux*, 1892.)

58. Note sur un cas d'érythème scarlatiniforme desquamatif.

Un homme envoyé à l'Hôpital des contagieux de la Porte d'Aubervilliers, avec le diagnostic de scarlatine, présentait une coloration rouge diffuse de la peau, tout particulièrement accentuée sur l'abdomen où l'on remarquait une coloration lie de vin. Il n'existait aucune trace d'angine et la température dépassait à peine 38°. Un examen attentif montra qu'il s'agissait d'un simple *érythème scarlatiniforme* qui, après desquamation complète, se renouvela spontanément et donna ainsi lieu à trois éruptions successives, suivies de desquamation. Cet érythème, aussi peu banal par son intensité que par ses réapparitions, avait eu pour point de départ deux frictions hydrargyriques faites, l'une quinze jours, l'autre cinq ou six jours avant son entrée à l'hôpital. D'ailleurs, lorsqu'il était à peu près guéri, un simple attouchement de la peau avec un tampon

d'ouate hydrophile imbibé d'une solution de sublimé à un millième provoqua une nouvelle plaque d'érythème assez étendue qui dura plus de vingt-quatre heures et des pansements humides au sublimé à un millième eurent le même résultat, et enfin la recherche du mercure, dans l'urine, en révéla des traces. Cette double démonstration expérimentale, plusieurs fois répétée, ne laissait aucun doute sur la pathogénie de cet érythème, imputable à *l'hydrargyrie*. Elle témoignait d'une prédisposition toute particulière de ses téguments, puisque l'érythème ne s'était accompagné d'aucun autre signe d'intoxication.

59. Méningite tuberculeuse avec granulie pulmonaire et pleurale. Raie méningitique remplacée par une ligne blanche très prononcée, en rapport avec des altérations des capsules surrénales. (En collaboration avec TINEL.)

Malade entré à l'hôpital dans un état comateux avec les signes d'une tuberculose pulmonaire compliquée de méningite. Au lieu de la raie rouge méningitique, la pression sur la peau de l'abdomen provoquait une raie blanche très nette. Le malade mourut au bout de vingt-quatre heures.

En même temps que des lésions tuberculeuses diffuses, à forme granulique, des poumons et des méninges, on constata chez lui *des lésions tuberculeuses des capsules surrénales.*

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1907.)

60. Angine consécutive à des brûlures de la gorge causées par l'ingestion de teinture d'arnica.

Fait clinique assez curieux, méritant d'attirer l'attention : les méfaits de la teinture d'arnica sont assez connus, car il est de règle

dans les milieux populaires, de l'appliquer pure sur les plaies, qu'elle irrite vivement, en même temps qu'elle fait des brûlures sur les téguments. L'ingestion accidentelle de teinture d'arnica pure provoqua de véritables brûlures avec escarres blanches sur la gorge, sans aucun bacille suspect.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1906.)

61. **Rétrécissement mitral. Grossesse de quatre mois et demi. Accidents cardio-pulmonaires graves et répétés, imputables à des embolies successivss de l'artèrs pulmonaire. Disparition des accidents à la suite de la mort de l'enfant. Expulsion tardive du fœtus au 64e jour. Guérison.**

Cette observation présente trois particularités intéressantes : des crises soudaines de dyspnée vraisemblablement en rapport avec des embolies de l'artère pulmonaire ; la disparition des accidents dyspnéiques aussitôt après la mort du fœtus, enfin l'expulsion très tardive du fœtus qui, pendant soixante-quatre jours, est resté dans la cavité utérine sans provoquer aucun accident. L'accouchement s'est fait d'ailleurs normalement, sans entraîner la moindre complication.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1898.)

62. **Observation d'épilepsie jacksonisnne sans aucune lésion appréciable des centres nerveux ou de leurs enveloppes. (En collaboration avec mon maître Landouzy.)**

Fait clinique des plus intéressants et d'une interprétation très difficile : une jeune femme entre à l'hôpital de la Charité, présentant depuis quelques jours des phénomènes très nets d'épilepsie jacksonienne caractérisés par des mouvements convulsifs rapides

de la tête et du bras gauche, qui avaient été précédés pendant dix ou douze jours d'un simple tic facial du même côté. Les mouvements avaient gagné la tête et le cou, puis le bras; depuis la veille, ils se produisaient à la jambe gauche, mais moins accentués. Les crises devenaient de plus en plus rapprochées et de plus en plus intenses, paraissant en rapport avec une excitation corticale, du côté droit du cerveau, probablement due à une tumeur dont l'accroissement semblait se faire rapidement d'après l'extension des phénomènes convulsifs. La malade succomba dans la nuit du quatrième au cinquième jour, après son entrée à l'hôpital; elle avait eu pendant quarante-huit heures des crises épileptiformes toujours rigoureusement limitées au même côté, extrêmement rapprochées, séparées par des périodes de coma entrecoupées de courts réveils.

L'autopsie faite avec la plus minutieuse attention ne révéla aucune lésion appréciable à l'œil nu, en dehors d'une coloration hortensia de la substance cérébrale limitée au pli courbe du côté droit. L'examen histologique ne permit de constater aucune lésion, la recherche du bacille de Koch pratiquée sur la région incriminée (raclages et coupes) fut négative.

(*Revue de Médecine*, décembre 1884.)

63. **Accidents nerveux précoces du mal de Pott.** (En collaboration avec Eugène Grognot.)

L'intérêt principal des observations publiées dans cette note réside dans le long intervalle qui s'est écoulé entre les manifestations nerveuses initiales et l'apparition des signes caractéristiques du mal de Pott. C'est ce qui rend le diagnostic très difficile dans les cas de ce genre, relativement fréquents *chez les adultes*.

Le premier phénomène observé est généralement la douleur ; comme il n'existe le plus souvent aucune lésion appréciable du côté du rachis, aucun trouble de la santé générale, on hésite à assi-

gner une cause aussi grave à une simple névralgie qui paraît quelquefois s'atténuer par moments.

Cependant on doit toujours se méfier des polynévralgies se manifestant à la fois sur plusieurs nerfs d'un seul côté ou des deux côtés du corps, surtout si elles s'accompagnent d'exagération des réflexes ou de fièvre. On doit explorer minutieusement le squelette dans ses diverses parties et ne négliger aucun des indices qui peuvent faire soupçonner des altérations osseuses.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1897.)

64. Le diagnostic du mal de Pott chez l'adulte.

De nouvelles et très intéressantes observations s'étant ajoutées à celles qui avaient fait l'objet de la thèse de mon élève Grognot, m'ont permis de faire une étude plus complète de cette question, et de montrer les difficultés que présente le diagnostic du *mal de Pott* alors qu'il n'existe aucune déformation de la colonne vertébrale. Les douleurs névralgiques en sont longtemps le seul symptôme, et suivant leurs localisations elles orientent le diagnostic en divers sens. Elles peuvent, en effet, simuler les douleurs thoraciques des anévrismes de l'aorte, la douleur en bronche de l'ulcère rond, celle de la lithiase rénale avec enclavement du calcul, ou même du phlegmon périnéphrétique, du rein mobile, les douleurs abdominales de la péritonite tuberculeuse, de l'appendicite chronique, les douleurs pelviennes des affections génitales, les névralgies du plexus lombaire et du plexus sacré, etc.

Aussi doit-on songer au mal de Pott chaque fois qu'une exploration attentive des régions incriminées ne révèle pas les signes physiques nets de l'affection présumée. La détermination précise des point névralgiques et de leurs irradiations, la participation de plusieurs nerfs intercostaux au processus douloureux, la localisation bilatérale des douleurs, dans certains cas, l'exagération des réflexes,

l'élévation vespérale de la température sont autant d'indices pour le diagnostic.

Enfin la radioscopie et surtout la radiographie constituent de précieux moyens d'investigation, auxquels il importe de recourir à *diverses reprises*.

(Communication au *Congrès de Médecine*, 1900 et *Journ. des Praticiens*, 1902.)

65. **Stomatite ulcéro-membraneuse staphylo-palatine avec bacilles fusiformes et spirilles de Vincent. Albuminurie.** (En collaboration avec mon interne Ch. Mantoux.)

Il s'agissait d'un malade qui, après avoir eu, pendant plusieurs semaines, une stomatite assez intense, présentait depuis une dizaine de jours des phénomènes angineux très prononcés; on constatait sur la région postérieure de la voûte palatine et sur le voile du palais une large plaque rouge à bords géographiques et, dans le voisinage, quelques lésions analogues en îlots disséminés. L'examen de la salive et des frottis faits avec les débris recueillis sur l'ulcération permirent de reconnaître l'existence de très nombreux spirilles et de bacilles fusiformes allongés, caractéristiques. Cette stomatite présentait deux particularités : la localisation sur la muqueuse staphylo-palatine, alors que le plus souvent les ulcérations siègent sur les amygdales ou sur le pharynx, et la complication d'albuminurie, assez rare dans l'angine de Vincent. Il semble donc que cette affection, comme les autres maladies infectieuses, peut retentir exceptionnellement sur les reins.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 25 octobre 1901.)

66. **Insuffisance surrénale aiguë avec syndrome péritonéal.** (En collaboration avec le Dr Henri Lemaire et Mlle de Jong.)

Cette observation rappelle absolument celles qui ont été publiées par MM. Sergent et L. Bernard en 1899.

Une jeune femme de vingt ans entre à l'hôpital Saint-Antoine pour des vomissements incoercibles. Son teint pâle et terreux, sa maigreur, son aspect cachectique, la faiblesse et la fréquence de son pouls soulignaient suffisamment la gravité de son état. Elle accusait une très vive sensibilité au niveau de l'abdomen, même au-dessus de l'ombilic. On ne constatait d'ailleurs aucun empâtement, aucun signe de péritonite. La malade succomba le surlendemain de son admission.

A l'autopsie, on trouva les deux capsules surrénales très notablement augmentées de volume et de poids. Elles étaient l'une et l'autre constituées par une masse caséeuse facilement reconnaissable à l'œil nu. L'examen microscopique montra d'ailleurs une dégénérescence totale de ces glandes, la substance corticale et la substance médullaire étant absolument confondues en un magma caséeux, au milieu duquel on distinguait encore quelques nodules tuberculeux, avec leurs cellules géantes.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1912.)

67. **Note sur trois cas de méningite cérébro-spinale.** (En collaboration avec Henri Lemaire et P. Charrier.)

L'un de nos malades, jeune homme de vingt-quatre ans, sain et vigoureux, tomba malade le lendemain du jour où il avait pris une part active à un match international de foot-ball; après quelques malaises, d'apparence banale, survinrent vingt-quatre heures plus tard des accidents d'une extrême gravité auxquels il succomba très rapidement, malgré les injections de sérum de Dopter.

Un autre malade atteint depuis longtemps d'otite succomba malgré le sérum.

Une jeune fille, la seule des trois malades qui, dès le début

avait présenté les signes classiques, guérit, bien que l'on n'ait pu commencer le traitement qu'au bout de vingt-quatre heures.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1908.)

68. **Entérites aiguës mortelles survenues dans la convalescence de pneumonies grippales.** (En collaboration avec Tinel.)

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1907.)

69. **Observation de péritonite tuberculeuse guérie spontanément.**

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1895.)

70. **Angiocholite suraiguë traitée et guérie par le drainage du canal hépatique.** (En collaboration avec le Dr Lejars.)

Malade de trente-cinq ans, prise de colique hépatique six mois après une fièvre typhoïde grave. Après plusieurs atteintes suivies d'accalmies et de rechutes, elle fut prise d'accidents réalisant le syndrome de l'ictère grave : ictère généralisé verdâtre, foie ne débordant pas les fausses côtes, délire, agitation, température à 40°2, pouls à 140°. La situation paraissait désespérée. M. Lejars ouvrit les voies biliaires et draina le canal hépatique; la bile prélevée au cours de l'opération ne contenait pas de bacilles d'Eberth, mais du colibacille. Le malade guérit sans fistule.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1910.)

71. **Goitre exophtalmique avec pigmentation généralisée.** (En collaboration avec M[lle] DE JONG.)

Une malade, atteinte depuis six ans d'une maladie de Basedow, présente une pigmentation brunâtre très accentuée du tronc et de divers segments des membres. Il semble qu'il y ait eu, dès l'origine, une certaine corrélation entre les phénomènes basedowiens et la coloration de la peau. Cette malade a eu une puberté tardive qui, rapprochée des troubles thyroïdiens, ferait incriminer un syndrome endocrinique, dans lequel la pigmentation de la peau serait imputable à une altération des surrénales. Or, on ne relève chez cette femme ni hypotension, ni troubles digestifs, ni « ligne blanche », et c'est ce qui rend l'interprétation de ce cas très difficile.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1912.)

72. **Kyste hydatique du foie avec éosinophilie modérée et réaction de fixation négative. Opération. Guérison.** (En collaboration avec HENRI LEMAIRE et VUILLET.)

Si la clinique n'a, le plus souvent, qu'à se louer des recherches de laboratoire qui donnent plus de précision à nos diagnostics, il faut reconnaître que les conclusions du laboratoire, lorsqu'elles sont en désaccord avec l'observation clinique minutieuse, ne doivent pas toujours paralyser une action thérapeutique jugée indispensable pour obtenir la guérison.

Une jeune femme avait une tumeur globuleuse du foie, volumineuse, régulièrement arrondie, offrant la plupart des caractères cliniques d'un kyste hydatique. Le frémissement faisait défaut, le sang ne présentait qu'une éosinophilie modérée, et la réaction de fixation était négative. Cette dernière constatation impressionna vivement M. Lejars à qui nous avions confié la malade, et il ne

l'opéra que sur nos instances répétées. Il s'agissait bien d'un *kyste hydatique* renfermant 1 litre de liquide. La guérison fut rapide et complète.

(*Bull. Soc méd. des Hôpitaux*, 1911.)

73. Périostite sterno-costale. Thyphoïdique guérie sans opération. (En collaboration avec M. Monlaur.)

Un jeune étudiant en médecine âgé de vingt-cinq ans, six semaines après une fièvre typhoïde grave, qui lui avait fait perdre 20 kilogrammes de son poids, ressentit au niveau de l'articulation chondro-sternale de la 4e côte gauche une douleur sourde qui augmenta, s'étendit peu à peu, exagérée par la pression et par les mouvements respiratoires. On vit bientôt apparaître à ce niveau une saillie en verre de montre qui s'accrut assez rapidement en hauteur et en largeur. Cinq mois plus tard, la lésion donnait, à la vue, l'impression d'une vaste gomme de la région. L'état général du sujet était assez médiocre; il persistait une entérite rebelle, de grandes difficultés d'alimentation; la maigreur, la pâleur tendaient à s'accentuer; la respiration un peu soufflante au sommet donnait une arrière-pensée inquiétante.

Un chirurgien éminent et très prudent conclut à une vaste suppuration rétro-sternale et conseilla une opération immédiate qui aurait consisté en une résection partielle du sternum et de l'extrémité antérieure de quelques côtes.

Un examen radioscopique pratiqué par le Dr Béclère dissipa heureusement ces graves appréhensions : il montra un simple foyer de périostite costo-sternale, sans lésions du médiastin. Malgré l'opinion du chirurgien qui préconisait au moins un raclage à la curette des surfaces osseuses malades, on se contenta d'un traitement médical : frictions quotidiennes de pommade au collargol, suivies de l'application sur les surfaces malades d'un emplâtre de Vigo.

Au bout d'une semaine, on put constater, malgré la persistance de la douleur, une diminution notable de l'empâtement. On ajouta au traitement une dose quotidienne de 0,50 centigrammes d'iodure de potassium par la voix gastrique. En deux semaines la tuméfaction avait à peu près disparu, et un mois après le début du traitement, la guérison était complète ; elle s'est maintenue depuis ; l'état général est excellent.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1912.)

74. **Spondylite typhoïdique.** (En collaboration avec Mlle de Jong et Million.)

Cette observation offre un intérêt particulier en raison de la gravité des accidents observés : intensité des douleurs, paralysie de la vessie et de l'intestin pendant plusieurs semaines. La rétention stercorale provoquait de la fièvre, un état toxémique inquiétant. L'ostéo-arthrite de la colonne vertébrale, qui au début semblait localisée aux trois premières vertèbres lombaires, s'était étendue jusqu'à la cinquième vertèbre lombaire et à son articulation avec le sacrum comme en témoignaient les irradiations observées du côté des plexus lombaires et sacrés. Cependant la guérison complète fut obtenue en trois mois, sans appareil inamovible, par des onctions au collargol renouvelées matin et soir sur la région douloureuse, et par l'emploi de la médication iodurée, comme nous l'avions déjà fait avec succès chez un autre malade, dont nous avons publié l'observation.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1913.)

75. **Fièvre typhoïde à début brusque avec agglutination très tardive.** (En collaboration avec H. Petit.) *Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1911.)

76. Troubles de la parole et de la motilité chez un convalescent de fièvre typhoïde. Phénomènes d'incoordination. (En collaboration avec Louis Leroy.)

Dans la convalescence d'une fièvre typhoïde grave, un jeune homme de dix-neuf ans présenta des manifestations insolites du côté du système nerveux : troubles moteurs caractérisés par des phénomènes d'incoordination du côté des membres inférieurs avec prédominance à gauche, et troubles marqués de la parole. Cet état semblait marquer le début de séquelles typhoïdiques graves du côté des centres nerveux et surtout du côté de la moelle.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1900.)

77. Note sur un cas de gastrite aiguë, d'origine chloroformique.

Une malade atteinte d'*une fistule gastrique*, depuis quelques années, dut subir une laparotomie pour un kyste de l'ovaire, du volume d'une grosse orange. Anesthésiée vers 9 heures du matin, par le mélange de Schleich (chroroforme, éther et chlorure d'éthyle), elle fut prise, dans l'après-midi, de très vives douleurs gastriques avec brûlures intenses sur les bords de la fistule. Le soir, la muqueuse gastrique, d'un rouge vif, avait tendance à s'exulcérer, les bords de la plaie étaient rougis par un suc gastrique d'une activité extrêmement prononcée. Une odeur très prononcée de chloroforme s'exhalait de l'estomac. Cette crise de gastrite aiguë persista pendant quatre jours et ne s'apaisa que peu à peu, mais le calme ne revint que dix-huit ou vingt jours plus tard. Il est probable que la déglutition involontaire de mucosités pharyngées, saturées des vapeurs du liquide anesthésique, avait été la cause de ces accidents. Plus volatiles, les vapeurs d'éther de chlorure d'éthyle s'étaient éliminées, tandis que le chloroforme fixé sur les mucosités avait eu une action plus irritante.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1914.)

78. **Etude clinique sur quelques formes frustes de l'appendicite chronique.**

Ce mémoire avait pour but d'attirer l'attention sur *les formes frustes*, en quelque sorte, *larvées*, *de l'appendicite chronique*, que l'on rencontre si fréquemment dans la pratique médicale. La forme aiguë de la maladie, si magistralement et dramatiquement décrite par Dieulafoy, est généralement connue, bien qu'elle donne lieu encora à quelques erreurs de diagnostic. Les formes chroniques, dans lesquelles les lésions de l'appendice se révèlent par des malaises aussi vagues que variés, conduit fréquemment à des interprétations erronées très préjudiciables aux malades. Nombre de dyspepsies chroniques, de névralgies thoraco-abdominales, d'entéro-colites rebelles, de malaises imputés au système nerveux, à l'appareil génital de la femme, etc., ont leur cause réelle dans des altérations de l'appendice et la démonstration en est faite par les transformations que provoque, dans certaines santés défaillantes, une opportune intervention chirurgicale.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1903.)

79. **Les endocardites infectieuses.** (*Revue générale*, *Gazette des Hôpitaux*, 1889.)

80. **Fièvre dans la période secondaire de la syphilis.** (En collaboration avec le Dr H. Lemaire.) (*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1904.)

81. **Cancer de l'estomac sans dyspepsie.**

Malade de cinquante-neuf ans, entrée à l'hôpital Laënnec avec appétit conservé, n'accusant que de vagues signes d'irritation gas-

trique d'origine alcoolique, un état général assez bon, teint rose, peau blanche, et présentant à l'épigastre deux grosses tumeurs, l'une du volume d'un œuf de poule, l'autre plus large, plus étalée, l'une et l'autre à peine sensibles. Après quelques semaines, la malade fut prise de vomissements incoercibles, elle maigrit rapidement et succomba en quelques jours. On trouva à l'autopsie un énorme cancer de l'estomac, de consistance squirrheuse, envahissant la moitié, au moins, des deux courbures.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1890.)

82. **Dilatation énorme de l'estomac due à un cancer du pylore.**

L'extrémité pylorique de l'estomac était complètement oblitérée par une tumeur dure, squirrheuse, banale lésion cancéreuse qui laissait à peine passer une petite sonde cannelée. L'estomac distendu de manière considérable pouvait contenir 5.650 centimètres cubes de liquide.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1905.)

83. **L'admission des diabétiques à l'assurance.** (Rapport présenté au IIe Congrès des médecins des Compagnies d'assurances, Amsterdam, 1901.)

84. **Rapport et organisation sur les travaux du IIIe Congrès des médecins de Compagnies d'assurances,** Paris 1903.)

THÉRAPEUTIQUE

85. De l'emploi du collargol dans le traitement des fistules anales.

Des onctions faites matin et soir à l'intérieur de l'anus avec une pommade au collargol à 1/6 ont amené, chez six malades souffrant de fissures à l'anus, un tel soulagement qu'il n'a plus été nécessaire de recourir à la dilatation qu'ils avaient, d'ailleurs, en principe, acceptée. La guérison s'est maintenue. Le procédé est simple et il n'a pas l'inconvénient de gêner en quoi que ce soit l'intervention chirurgicale, si les circonstances l'exigent.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1911.)

86. Applications locales du salicylate de méthyle dans le rhumatisme.

Des compresses imbibées de salicylate de méthyle appliquées sur la peau, autour des articulations douloureuses, et recouvertes de gutta-percha sur laquelle on étend une couche d'ouate non hydrophile, procurent, comme l'a démontré M. Linossier, un soulagement rapide très marqué, sans autre inconvénient qu'une irritation cutanée d'intensité variable. Mieux est fait le pansement, plus l'occlusion est parfaite, mieux agit le médicament, et moins accentuée est l'odeur qui quelquefois en rend l'emploi difficile. Chez un malade de mon service qui présentait un épanchement dans l'articulation du genou, M. Linossier nous démontra l'existence d'acide salicylique dans le liquide obtenu par ponction. Sans

remplacer le salicylate pris par la voie gastrique, cette médication peut être un très utile adjuvant dans le traitement du rhumatisme.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1897.)

87. La radiothérapie des fibromyomes utérins.

La radiothérapie ne saurait être comparée aux divers procédés de kinésithérapie ou de thérapeutique médicale. Elle constitue un traitement nouveau dont l'importance et la valeur ne peuvent être méconnues. Elle détermine dans l'appareil génital des modifications aussi profondes que rapides, qui font disparaître le plus souvent les troubles fonctionnels et diminuent le volume des tumeurs.

Son essai s'impose tout particulièrement au voisinage de la ménopause pour les fibromyomes dont le volume restreint, le développement lent, la parfaite mobilité ne font redouter aucune complication grave.

Le traitement chirurgical conserve tous ses droits quand il s'agit de tumeurs volumineuses, de fibromes pelviens, surtout multilobés, qui provoquent des accidents de compression, de fibromes sphacélés ou de tumeurs à évolution rapide, qui font craindre une dégénérescence.

Au cours même, ou à la suite du traitement radiothérapique, l'intervention chirurgicale s'imposerait si l'on constatait l'inefficacité ou une action trop lente des rayons X, *surtout si chez une malade momentanément améliorée par la radiothérapie on voyait apparaître des hémorragies ou des écoulements suspects.*

(*Congrès de Physiothérapie*, 1911.)

88. La radiothérapie des fibromes utérins.

Sur 59 malades traitées tant en ville qu'à l'hôpital par les rayons X, aucune n'a eu d'accidents sérieux. Trois d'entre elles,

découragées par la lenteur du traitement, ont été opérées, deux après 8 séances, la troisième après 16 séances. Malgré les appréhensions très légitimes des chirurgiens, l'opération n'a pas présenté de difficultés et la réunion a été parfaite.

Je n'ai jamais vu un fibrome volumineux disparaître sous l'influence des rayons X, mais il en est dont la réduction est surprenante. J'ai mesuré l'utérus de quatre malades traitées par les rayons X et j'ai constaté, après trois mois de traitement, une diminution de la cavité utérine variant de 1 centimètre et demi à 2 centimètres.

Une malade présentant des tumeurs multiples, avec des hémorragies que leur abondance rendait très inquiétantes, était absolument rebelle à l'idée d'une intervention chirurgicale. Traitée par les rayons X, elle a cessé d'être menstruée, et n'a plus aucune perte de sang; ses tumeurs ont diminué.

Une autre malade, ayant une double lésion aortique avec orthopnée presque constante, n'aurait pu, sans danger, affronter une hystérectomie qu'elle redoutait d'ailleurs beaucoup. La radiothérapie a supprimé ses pertes, diminué ses myomes et sa santé générale s'est notablement améliorée depuis la disparition des pertes de sang.

La radiothérapie est surtout indiquée pour les utérus scléreux, hypertrophiés ou non qui sont le siège d'hémorragies graves, mais on ne doit recourir à la radiothérapie que si le diagnostic est nettement établi, car plus d'une fois un examen plus minutieux fait découvrir *un épithélioma* que rien ne laissait soupçonner.

D'une façon générale les hémorragies continues, ou à peu près continues, constituent une contre-indication à l'emploi des rayons X. Les grosses tumeurs, surtout multilobées, les tumeurs à développement rapide sont, à tout âge, justiciables de la chirurgie. Il en est de même des myomes occupant le segment inférieur de l'utérus, surtout s'ils sont insérés au niveau de l'isthme ou du col utérin. Les fibromes généralement volumineux, qui subissent la transformation kystique, ceux qui, situés sous la muqueuse, déforment la

cavité utérine et donnent lieu à des phénomènes de rétention avec hydrorrhée intermittente et parfois fétide, réclament également une prompte intervention chirurgicale. L'hydrorrhée peut être considérée comme une contre-indication en ce qu'elle est presque toujours en rapport avec des tumeurs sous-muqueuses sessiles ou pédiculisées qui peuvent entraîner l'infection de la cavité utérine. La coexistence de kystes ovariques, de lésions annexielles, imposent l'opération.

La radiothérapie me paraît contre-indiquée après la ménopause; toutes les hémorragies, à cet âge, ayant un caractère suspect.

Chez les femmes grasses les rayons n'agissent que lentement.

Il faut tenir compte aussi de la santé générale, le diabète, les eczémas, sont des contre-indications jusqu'à nouvel ordre.

(*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominales*, 1913.)

89. **Stomatite ulcéro-membraneuse avec bacilles fusiformes et spirilles de Vincent, traitée par le bleu de méthylène.** (En collaboration avec Ch. Mantoux.)

Les badigeonnages de teinture d'iode conseillés par Vincent pour le traitement de l'angine spirillo-bacillaire ne parurent pas donner de bons résultats chez un de nos malades; en badigeonnant de teinture d'iode les régions malades, on remarquait que tandis que cette substance colorait en brun les régions saines, elle ne semblait pas se fixer sur les parties malades, les fausses membranes conservant leur couleur grisâtre, à peine salie par l'iode, inversement à ce qui se passe si l'on recouvre de teinture d'iode une affection cutanée parasitaire : plaque de tricophytie, par exemple ou de pityriasis versicolore. L'efficacité de la teinture d'iode nous parut douteuse, dans ces conditions, et nous fîmes l'essai du bleu de méthylène, l'un des rares colorants qui fixent les parasites de l'angine de Vincent. Nous eûmes recours au bleu de méthylène *en poudre*,

chimiquement pur, qui fut étalé au moyen d'un petit tampon d'ouate hydrophile sur toute la surface de l'ulcération staphylo-palatine. Le résultat fut excellent et très rapide; en dix jours, nous avions obtenu une guérison complète. Ce traitement est d'ailleurs inoffensif et mérite d'être essayé dans des cas analogues.

(*Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 3 novembre 1901.)

90. Traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse par des cautérisations avec l'acide chromique en cristaux.

Cette courte note était destinée à rappeler l'attention sur une excellente thérapeutique qu'avait préconisée Magitot et que je me souviens d'avoir vu employer par mon excellent oncle le Dr F. Siredey. Elle consiste à faire sur les ulcérations des gencives et des joues des attouchements avec un petit pinceau d'ouate hydrophile, chargé de cristaux d'acide chromique. Aussitôt après avoir promené le pinceau sur toutes les lésions, on passe sur les surfaces cautérisées un large pinceau d'ouate imbibé d'eau, puis le malade se rince la bouche. Le caustique agit avec une rapidité surprenante. En vingt-quatre heures les lésions sont transformées. Trois ou quatre cautérisations renouvelées à vingt-quatre ou quarante-huit heures d'intervalle ont raison des stomatites les plus intenses. Ce traitement convient aussi bien aux stomatites ulcéro-membraneuses qu'aux stomatites mercurielles ou aux stomatites aphteuses ; il est d'une application facile et il suffit de précautions très simples pour le rendre inoffensif.

91. Traité de Thérapeutique appliquée, publié sous la direction de M. Albert Robin (1897).

Traitement des cirrhoses.

92. **Traité de Thérapeutique pratique**, publié sous la direction du professeur Albert Robin (1912).

Traitement des maladies organiques de l'appareil génital de la femme :

Malformation et traumatismes. Dystrophies et troubles fonctionnels. Déplacements et déviations de l'utérus. Prolapsus de l'utérus. Infections génitales. Vulvites. Vulvite blennorragique. Vaginites. Vulvo-vaginisme. Traitement des métrites. Métrites aiguës. Métrites chroniques. Catarrhe muco-purulent et purulent. Métrites des vieilles femmes. Métrites hémorragiques. Métrite parenchymateuse.

93. **Traitement médical des affections annexielles.** Traitement des fibromyomes. Traitement médical du cancer utérin.

94. **Médications symptomatiques en gynécologie.** (En collaboration avec le Dr H. Lemaire, 1914.) (*Bibliothèque de Thérapeutique*, publiée par le professeur Gilbert et par P. Carnot.)

Secrétaire général de la Société médicale des Hôpitaux, je suis chargé depuis le 1er janvier 1905 de la publication des *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris* qui, sauf pendant les périodes de vacances, paraissent chaque semaine. Tous les ans, je publie, à la fin de l'année, un compte rendu des travaux de la Société.

Chaque année également, jusqu'au début de la guerre, j'ai fait les notices biographiques des médecins des hôpitaux décédés au cours de l'année : Lecorché, Hervieux, Soupault, Mauriac, du Castel, Guyot (1905), Cuffer, Josias, Brouardel, Gouraud, Hippolyte Martin, Merklen (1906), Ferré, Charrin, Grancher, Sevestre (1907), Cornil, Gilles, Joffroy (1908), Lamy, Moissenet, Besnier, Bourneville (1909), Brissaud, Moizard, Gasne, Toupet, Raymond, Lancereaux (1910), Dieulafoy, Griffon (1911), Danlos, Descroizilles (1912), Jaccoud, Tenneson, Hérard, Poncet (1913).

(1er avril 1918.)
